



Santé
Canada

Health
Canada

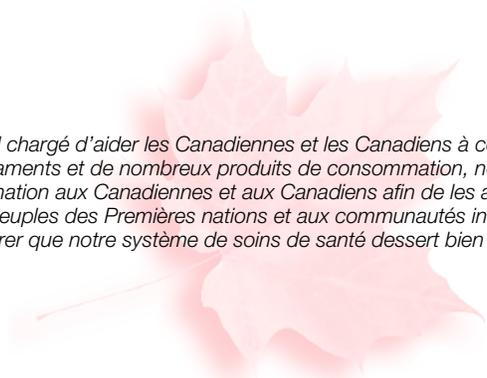
Fonds pour l'adaptation des
soins de santé primaires

Résumé des initiatives

Dernière édition

Mars 2007





Santé Canada est le ministère fédéral chargé d'aider les Canadiennes et les Canadiens à conserver et à améliorer leur santé. Nous évaluons l'innocuité des médicaments et de nombreux produits de consommation, nous aidons à améliorer la salubrité des aliments et nous offrons de l'information aux Canadiennes et aux Canadiens afin de les aider à prendre de saines décisions. Nous offrons des services de santé aux peuples des Premières nations et aux communautés inuites. Nous travaillons de pair avec les provinces et les territoires pour s'assurer que notre système de soins de santé dessert bien les Canadiennes et les Canadiens.

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs/rechercheurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, *Résumé des initiatives – Dernière édition*, Mars 2007 est disponible sur Internet à l'adresse suivante : **www.santecanada.gc.ca/fassp**

Also available in English under the title: Primary Health Care Transition Fund *Summary of Initiatives – Final Edition*, March 2007

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications
Santé Canada
Ottawa, Ontario K1A 0K9
Tél. : (613) 954-5995
Télec. : (613) 941-5366
Courriel : info@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Santé Canada, 2007

SC Pub. : 1254
Cat. : H21-248/2007F-PDF
ISBN : 978-0-662-70637-3

Cette publication peut être reproduite sans autorisation dans la mesure où la source est indiquée en entier.



Fonds pour l'adaptation des
soins de santé primaires

Résumé des initiatives

Dernière édition

Mars 2007



Table des matières



Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires	1
Enveloppe provinciale et territoriale	3
Territoire du Yukon	5
Territoires du Nord-Ouest	7
Nunavut	9
Colombie-Britannique	11
Alberta	13
Saskatchewan	15
Manitoba	17
Ontario	19
Québec	21
Nouveau-Brunswick	23
Nouvelle-Écosse	25
Île-du-Prince-Édouard	27
Terre-Neuve-et-Labrador	29
Enveloppe multigouvernementale	31
Assurer un meilleur avenir : Engagement des fournisseurs actuels dans un système renouvelé de soins de santé primaires dans les provinces de l'Atlantique	33
Autosoins-télésoins	35
Infrastructure de gestion des maladies chroniques pour l'Ouest du Canada	37
Intégration des soins primaires dans l'équipe multidisciplinaire : Traitement en collaboration des toxicomanies et des troubles connexes	39
Lignes d'infosanté	41
Enveloppe nationale	43
Stratégies nationales	
<i>Stratégie nationale sur le traitement en collaboration</i>	45
e-Therapeutics : Outils de gestion des pharmacothérapies pour rehausser la sécurité et les résultats	47
Initiative canadienne de collaboration en santé mentale	49
Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens	51
Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé : un processus du changement pour appuyer la collaboration	53
Projet de soins primaires obstétricaux concertés (MCP ²)	55

<i>Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires</i>	57
Avançons les soins de santé primaires—Bien des succès, beaucoup à accomplir : Une conférence nationale sur les soins de santé primaires	59
Initiative de la stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires	61
 <i>Stratégie nationale d'évaluation</i>	63
Évaluation des soins de santé primaires au Canada : Les bonnes questions à poser	65
Initiative d'élaboration d'indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires	67
Trousse d'instruments d'évaluation des soins de santé primaires	69
 Outils de transition	
<i>Composante fédérale-provinciale-territoriale</i>	71
Amélioration des soins de santé primaires : Apprentissage et application dans le cadre d'un modèle de système	73
Assurer des soins de santé primaires dans le Nord grâce aux connaissances traditionnelles : Une initiative à l'échelle des territoires	75
Atelier sur les soins de santé primaires et la télésanté : Établissons les liens	77
Devenir partenaires : Une consultation visant à consolider l'appui à une stratégie canadienne de prestation de soins parmi les fournisseurs de soins de santé primaires	79
Mesure de la rentabilité des soins de santé primaires : Élaboration d'un cadre de travail méthodologique pour la recherche future	81
Modèles de rémunération des médecins de famille et renouvellement des soins de santé primaires	83
Premières nations et les Inuits, Sommet national télésanté : Planification concertée des services communautaires de télésanté : 2005–2015	85
Renforcement des capacités dans les soins de santé primaires : Diffusion des pratiques exemplaires dans les équipes interdisciplinaires des centres de santé communautaires	87
Soutien accru aux médecins de famille en soins de santé primaires	89
Soutenir la mise en œuvre de dossiers médicaux électroniques dans les établissements de soins de santé primaires multidisciplinaires	91
 <i>Composante destinée aux répondants</i>	93
6 ^e Sommet national sur la lutte contre le cancer dans les communautés nordiques et rurales	95
Conférence nationale et atelier sur la mise en œuvre de la réforme en soins de santé primaires	96
Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale à Terre-Neuve-et-Labrador : Une approche des soins de santé primaires au Labrador	97
Façonner l'avenir des soins de santé primaires en Nouvelle-Écosse et Établir des soins de santé primaires durables—Sur l'élan de 2005 : Se lancer dans la bonne direction	98
Qui s'inquiète de l'opinion des patients dans l'éducation professionnelle de la santé?	99
Services de soutien pour la mise en œuvre des pratiques exemplaires de gestion des maladies chroniques	100
 Initiatives nationales	101
Amélioration continue de la mesure de la qualité dans les soins et services de première ligne en santé mentale—Finalisation de la mise en œuvre	103
Des médecins et des soins de qualité pour les communautés francophones minoritaires du Canada	105
Initiative de partenariat national entre les soins à domicile et les soins de santé primaires	107
Mainmise sur l'arthrite : Initiative communautaire nationale en soins de santé primaires	109

Services d'interprétation dans les soins de santé : Meilleur accès aux soins de santé primaires	111
Problèmes reliés à la qualité et au perfectionnement professionnel continu : Maintien des compétences	113
Projet Pallium : Initiative intégrée de renforcement de la capacité d'offrir des soins	115
Santé Arc-en-ciel : Améliorer l'accès aux soins	117
Enveloppe Autochtones	119
Renouvellement du système de santé	
Initiative de soins partagés de Bigstone–Aspen (BASIC)	121
Initiative d'intégration de la santé	123
Initiative Tui'kn	125
Institut de santé et de mieux-être des populations du Nord et Autochtones	127
Stratégie pour les soins infirmiers	129
Transition de la communauté et de l'organisme pour améliorer la santé de tous les habitants du Nord	131
Amélioration du système de santé	
Accès accru et intégration des services de santé—Plan d'expansion du partenariat Télésanté	
Keewaytinook Okimakanak (KO)/Réseau NORTH	133
Initiative de mise en œuvre d'un système de radiologie numérisée et de téléradiologie au Nunavik	135
Outil pour aider les peuples isolés—Réseau Ikajuruti Inungnik Ungasiktumi (IIU) de télésanté du Nunavut	137
Programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones	139
Enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle	141
Communautés minoritaires anglophones	
Amélioration de l'accès aux services des soins de santé primaires aux personnes d'expression anglaise du Québec	143
Communautés minoritaires francophones	
Résautage Santé en français	145
Sommaire des initiatives pour les communautés francophones en situation minoritaire	147

Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires

En septembre 2000, le gouvernement du Canada a institué le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP), doté de crédits de 800 millions de dollars, en vue de soutenir les efforts des provinces, des territoires et des autres intervenants pour élaborer et mettre en œuvre des initiatives transitoires de renouvellement des soins de santé primaires. Le Fonds est aussi conçu pour aider les intervenants à régler les problèmes fondamentaux relatifs aux soins de santé primaires et qui se retrouvent à l'échelle nationale ou dans deux ou plusieurs administrations. En fait, le FASSP s'est distingué par sa capacité d'appuyer des initiatives de collaboration, soit les initiatives qui mettent en jeu plus d'une administration ou d'un intervenant afin de produire des résultats qui dépassent ceux que pourrait obtenir un intervenant oeuvrant seul.

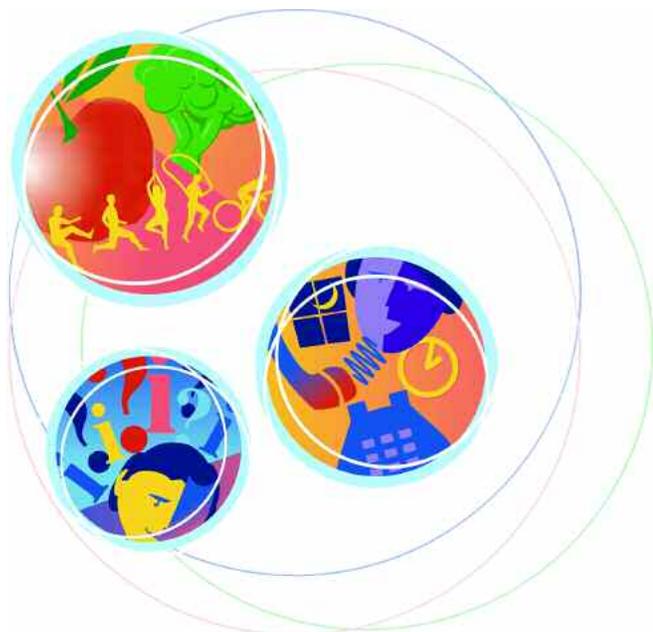
Le FASSP se divisait en cinq enveloppes de financement :

1. **Enveloppe provinciale et territoriale** – allouée principalement en fonction du nombre d'habitants, cette enveloppe est destinée aux gouvernements provinciaux et territoriaux dans le but d'appuyer leurs efforts visant à élargir la portée et à accélérer les activités transitoires à l'origine d'un système de soins de santé primaires permanent et durable;

2. **Enveloppe multigouvernementale** – soutient les initiatives de collaboration et transitoires mettant en jeu deux ou plusieurs gouvernements provinciaux ou territoriaux en vue d'améliorer les soins de santé primaires dans plusieurs administrations;
3. **Enveloppe nationale** – soutient les activités visant à surmonter les obstacles à la réforme des soins de santé primaires et appuie les initiatives transitoires communes à l'échelle nationale;
4. **Enveloppe Autochtones** – soutient les initiatives transitoires dont bénéficient les Premières nations, les Inuits et les Métis; répond aux besoins uniques des collectivités autochtones; et améliore l'accès des peuples autochtones aux soins de santé primaires, peu importe où ils habitent au Canada;
5. **Enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle** – soutient les activités transitoires qui permettent d'améliorer l'accès aux services de soins de santé primaires des collectivités minoritaires anglophones et francophones de l'ensemble du Canada.

L'importance des soins de santé primaires était fermement inscrite dans les accords des premiers ministres sur les soins de santé de 2002, 2003 et 2004, et le point central de nombreuses études nationales et provinciales majeures, effectuées au cours des ans dans le domaine de la santé. Maintenant arrivé à terme, le FASSP a été un important mécanisme fédéral pour l'accélération du renouvellement des soins de santé primaires d'un bout à l'autre du Canada. C'était aussi un levier essentiel au dynamisme de l'ensemble du système de soins de santé du Canada. Les objectifs du Fonds étaient :

- accroître le nombre de personnes ayant accès à des organismes de soins de santé primaires qui sont responsables de la prestation planifiée d'un ensemble défini de services complets à une population déterminée;



- mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures et sur la gestion des maladies chroniques;
- accroître l'accès aux services essentiels 24 heures sur 24, 7 jours sur 7;
- former des équipes interdisciplinaires de fournisseurs de soins de santé primaires, de sorte que les soins les plus appropriés soient offerts par les professionnels les plus adéquats;
- faciliter la coordination et l'intégration avec d'autres services de santé, c'est-à-dire dans les établissements de soins et les communautés.

Les initiatives du FASSP sont maintenant terminées. Ce rapport final, *Résumé des initiatives – Dernière édition*, Mars 2007, comprend en plus de leur résumé, des feuillets d'information mettant en relief les renseignements clés sur chacune des initiatives.

En outre, l'information découlant des initiatives FASSP a été synthétisée en quatre rapports axés sur les thèmes suivants : prévention et gestion des maladies chroniques; traitement en collaboration; évaluation et données; gestion de l'information. La série de publications inclura un rapport qui fera le survol du rôle et des répercussions du FASSP dans le renouvellement

des soins de santé primaires : *Poser les fondements d'un changement culturel : l'assise du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires*. Le rapport présentant une vue d'ensemble et les rapports de synthèse seront disponibles en mars 2007.

Le *Résumé des initiatives – Dernière édition*, le rapport présentant une vue d'ensemble et les rapports de synthèse ainsi que les rapports finals sur chacune des initiatives du FASSP seront également disponibles sur le site Web du FASSP, à **www.santecanada.gc.ca/fassp**.

L'amélioration du système de soins de santé représente un défi de taille qui exige du temps et un effort soutenu. Le FASSP n'est qu'un exemple des investissements considérables faits par le gouvernement du Canada pour s'assurer que les efforts visant à renouveler les soins de santé primaires se traduisent par des changements à long terme et durables.

Les résultats des initiatives du FASSP sont le fruit de la détermination et des efforts intenses déployés par les gouvernements, organisations et intervenants partageant le même objectif d'apporter des améliorations au système de soins de santé primaires du Canada, et d'accélérer le processus d'amélioration.

Enveloppe provinciale et territoriale

L'Enveloppe provinciale et territoriale appuyait les efforts des provinces et des territoires visant à élargir la portée et à accélérer les initiatives transitoires de renouvellement des soins de santé primaires, afin que les systèmes de soins de santé primaires de chacune des 13 administrations fassent l'objet de changements durables. Ces initiatives devaient être innovatrices et produire des résultats pour les Canadiens, tout en se conformant aux objectifs du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.

Voici les objectifs communs du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires auxquels les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont convenu en octobre 2000 :

- accroître le nombre de personnes ayant accès à des organismes de soins de santé primaires qui sont responsables de la prestation planifiée d'un ensemble défini de services complets à une population déterminée;
- mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures et sur la gestion des maladies chroniques;
- accroître l'accès aux services essentiels 24 heures sur 24, 7 jours sur 7;
- former des équipes interdisciplinaires de fournisseurs de soins de santé primaires, de sorte que les soins les plus appropriés soient offerts par les professionnels les plus adéquats;
- faciliter la coordination et l'intégration avec d'autres services de santé, c'est-à-dire dans les établissements de soins et les communautés.



Initiative du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires du Yukon

Enveloppe provinciale et territoriale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Yukon; avec le ministère de la Santé du gouvernement de la Colombie-Britannique; le Projet Pallium de l'Alberta Cancer Board; le Bureau des statistiques du ministère du Conseil exécutif du gouvernement du Yukon; le Service des technologies de l'information et des communications du ministère de la Voirie et des Travaux publics du gouvernement du Yukon

Contexte et objectifs

D'un point de vue structurel, fonctionnel et technologique, le gouvernement du Yukon est confronté à de nombreux défis en ce qui concerne la prestation de services de santé. Par exemple, un tiers de sa population vit en petits groupes de quelques centaines de personnes, alors que les deux tiers vivent dans la capitale urbaine de Whitehorse. Malgré la petite population du territoire, son système de soins de santé est plutôt complexe, les services étant fournis ou financés par trois différents ordres de gouvernement (fédéral, territorial et des Premières nations). L'espérance de vie des Yukonnais est d'environ 10 p. 100 moins élevée que la moyenne canadienne, et le territoire affiche les taux les plus élevés au Canada de mortalité causée par des accidents ou des blessures. Le gouvernement du Yukon a reconnu que des améliorations devaient être apportées quant à la coordination et à l'efficacité de son système de soins de santé, et que les rôles et les responsabilités des personnes, des familles et des collectivités devaient être examinés de plus près. Pour y parvenir, les initiatives du Yukon ont tourné autour de deux objectifs : insister davantage sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des traumatismes et la prise en charge des maladies chroniques et faciliter la coordination et l'intégration avec d'autres services de santé.

Activités

Cette initiative, en vigueur de janvier 2003 à septembre 2006, a permis d'entreprendre les activités suivantes, qui peuvent être regroupées en deux catégories de priorités qui classent de façon plus approfondie les objectifs du Yukon : recentrer les structures et les processus organisationnels et mettre en œuvre une technologie améliorée visant à soutenir les structures et les processus.

- *Recentrer les structures et les processus organisationnels.*

Des domaines d'action plus petits ont été déterminés, et des activités ont eu lieu dans le cadre de chacun d'entre eux. Dans le domaine des *modes de vie sains*, les activités comprenaient, entre autres, une stratégie de campagne publique offrant des renseignements sur le rôle de parent, un programme de marche afin de promouvoir les saines habitudes de vie et une étude documentaire sur l'alimentation saine. En ce qui concerne la prestation de

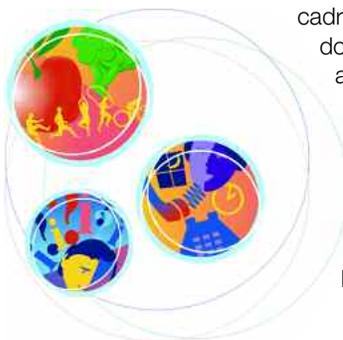
renseignements sur la santé, les activités consistaient entre autres à concevoir un guide de santé pour le Yukon, le *Yukon Health Guide* [Guide de santé de Yukon], à en permettre l'accès sur Internet et à créer une ligne de renseignements à l'intention des infirmières et des infirmiers, à élaborer un guide d'information sur le programme et l'invalidité ainsi qu'à mener une étude sur l'accès à des documents dans le domaine des soins de santé professionnels. Pour traiter les *principaux problèmes de santé*, les activités consistaient entre autres à financer un centre de développement de l'enfant visant à former les fournisseurs en matière de diagnostic précoce et d'intervention relativement au syndrome d'alcoolisme fœtal, à donner des fonds à la Société du syndrome d'alcoolisme fœtal du Yukon à des fins de prévention et de soutien, à financer la recherche sur les dépendances, à présenter des séances d'apprentissage coopératif sur le diabète, à assurer l'accès électronique à une trousse d'outils pour la gestion des maladies chroniques ainsi qu'à mettre en œuvre un système national d'information sur les soins ambulatoires.

- *Mettre en œuvre une technologie améliorée visant à soutenir les structures et les processus.* Des priorités préétablies en matière de technologie de l'information (TI) ont guidé un comité directeur distinct de TI. Les activités de TI comprenaient l'élaboration d'une synapse sur la santé mentale et d'un système intégré d'information sur la santé publique en matière de soins infirmiers communautaires.

Un plan d'évaluation a permis de fournir un cadre d'évaluation ainsi qu'une évaluation du processus, des produits et des résultats. D'autres données seront produites; on espère que les connaissances acquises seront utilisées dans le cadre des politiques, de la planification et de la pratique à venir.

Ressources

- Rapport sur le forum de planification de soins de santé primaires
- Stratégie de campagne publique afin de fournir des renseignements sur le rôle de parent
- Analyse documentaire des possibilités et soutien de la promotion de l'alimentation saine
- *Yukon Health Guide* et renseignements Web (basés sur le modèle de la Colombie-Britannique)



- Guide d'information sur le programme et l'invalidité
- Programme de formation à l'intention des fournisseurs en matière de diagnostic précoce et d'intervention relativement au syndrome d'alcoolisme fœtal (formation de dix employés)
- Recherche et étude sur l'alcool et la drogue
- Séances d'apprentissage coopératif sur le diabète et trousse d'outils pour la gestion des maladies chroniques
- Système d'information des soins ambulatoires à l'hôpital général de Whitehorse
- Deux études de faisabilité en ce qui concerne les installations de soins continus à niveaux multiples
- Analyse documentaire et consultation en matière de soins palliatifs au Yukon
- Application d'une synapse en technologie de l'information à l'intention des cliniciens en santé mentale et module d'immunisation relativement à l'application du système intégré d'information sur la santé publique

Apprentissages clés

En règle générale, le Yukon a changé sa façon de penser en ce qui concerne la prestation des services de soins primaires. Les avantages de travailler ensemble plus efficacement ont été reconnus, ce qui a entraîné une manière de penser différente quant à la façon selon laquelle le Yukon peut s'organiser à tous les échelons du système de santé, des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux aux milieux de pratique. Une évaluation est en cours dans le cadre de cette initiative; toutefois, les leçons qui ont été tirées à ce jour ont été regroupées en quatre domaines d'action, soit les modes de vie sains, l'information sur la santé, les principaux enjeux de la santé et la technologie.

- 1) *Les modes de vie sains* : La promotion de l'activité physique au moyen d'un programme de marche a entraîné des résultats très variables. La participation en milieu de travail a augmenté, mais la participation individuelle et des collectivités rurales a diminué. La prestation de plus amples renseignements sur le rôle de parent a mené à une coordination et une collaboration accrues parmi les intervenants qui présentent des programmes sur le rôle de parent.
- 2) *L'information sur la santé* : L'initiative *Diabetes Collaborative*, considérée comme une réussite au Yukon, a permis d'améliorer la coordination et la collaboration parmi les fournisseurs de soins de santé. Le succès a été atteint en offrant des séances d'apprentissage à l'intention des fournisseurs ainsi que l'accès à la trousse de gestion des maladies chroniques de la Colombie-Britannique. Cette initiative de collaboration a permis

aux professionnels de la santé de travailler ensemble afin d'entreprendre des activités telles que des visites en groupes pour le traitement du diabète. Le *Yukon Health Guide* a été distribué dans 13 500 résidences et des résultats de sondage indiquent que 65 p. 100 des Yukonnais se souviennent de l'avoir reçu et, de ce nombre, 82 p. 100 l'ont utilisé.

- 3) *Les principaux enjeux de la santé* : L'enquête territoriale de promotion de la santé a démontré ce qui pourrait être fait différemment et par qui afin de répondre convenablement aux personnes qui ont besoin de ces services. Le projet d'élaboration de soins palliatifs a permis d'accroître la coordination parmi les fournisseurs de soins et de déterminer les principaux domaines de programmation à venir, qui comprennent l'accès, la coordination, le soutien et la formation, ainsi que des recommandations précises pour chacune. Les données des rapports sur les soins ambulatoires en matière de santé mentale, de dépendances et de blessures sont maintenant utilisées à l'hôpital général de Whitehorse, mais le même système n'a pas pu être mis en œuvre dans les collectivités du Yukon.
- 4) *La technologie* : Les initiatives de TI ont ouvert la voie à la mise en œuvre d'un dossier électronique de la santé et à d'autres développements en matière de TI. L'Inforoute Santé du Canada offre maintenant un soutien distinct du FASSP dans la préparation d'un plan global de gestion de l'information pour le Yukon.

Depuis le début, la durabilité a posé un défi de taille dans le cadre de l'initiative du Yukon. L'intention était que tous les projets à l'intérieur de l'initiative soient autosuffisants; toutefois, ce n'était pas toujours le cas. Cela dit, un nouveau financement a été offert par l'entremise du Fonds d'accès aux soins de santé dans les territoires pour quelques-unes des activités, y compris les initiatives de modes de vie sains, la programmation des soins palliatifs, la mise en œuvre d'une ligne de renseignements à l'intention des infirmières et des infirmiers et l'élaboration d'une stratégie relative aux ressources humaines en santé.

Contribution approuvée : 4 537 282 \$

Personne ressource

Pat Living
Spécialiste des communications
Gouvernement du Yukon
Téléphone : 867-667-3673
Courriel : patricia.living@gov.yk.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Initiative du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires des Territoires du Nord-Ouest

Enveloppe provinciale et territoriale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest; avec la Tlicho Community Services Agency; la Yellowknife Health and Social Services Authority; la Beaufort Delta Health and Social Services Authority; la Fort Smith Health and Social Services Authority; la Dehcho Health and Social Services Authority

Contexte et objectifs

Cette initiative visait principalement à soutenir la transition de la prestation des soins de santé des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) vers un modèle de soins primaires communautaires. Lorsque cette initiative a débuté, le ministère de la Santé et des Services sociaux venait de terminer la conception du Modèle de prestation de services intégrés (MPSI), visualisant une intégration complète de soins et de services sociaux sur le territoire. Le modèle de soins primaires communautaires constitue la base du MPSI et vise à intégrer des services et des systèmes, des soins primaires communautaires aux niveaux de services secondaires et tertiaires. Ce modèle cherche à offrir une gamme plus complète de soins de santé primaires, du mieux-être et des services sociaux. Cette initiative comprenait 11 projets individuels, qui ont soutenu la transition des T.N.-O. vers une approche de soins primaires communautaires. Conçue pour promouvoir une approche de collaboration axée sur les clients en matière de soins et de services sociaux, l'initiative visait à éduquer le public et le personnel, à coordonner le renouvellement des soins de santé primaires des T.N.-O., à mettre sur pied des équipes et services intégrés de soins de santé primaires, à appuyer les services de santé génésique offerts aux femmes et à offrir une formation à divers fournisseurs de soins de santé, y compris les infirmières et infirmiers praticiens et les fournisseurs de services de santé communautaires.

Activités

Entre décembre 2002 et septembre 2006, cette initiative a permis d'entreprendre de nombreuses activités, dont :

- *La coordination, la promotion et la mise en œuvre d'initiatives de soins primaires communautaires* : On a embauché un coordinateur et on a conçu et mis en œuvre un plan visant à soutenir la transition vers des équipes interdisciplinaires et le MPSI.
- *L'éducation sur la réforme des soins de santé primaires* : Plusieurs conférences ont eu lieu à Yellowknife, dont « There Is a Role for Everyone » [Tout le monde peut apporter sa contribution], qui a présenté le MPSI et qui a fait la pro-

motion du travail d'équipe interdisciplinaire, « Working Together to Prevent Sexually Transmitted Infections » [Travailler ensemble afin de prévenir les infections transmises sexuellement], qui a guidé une stratégie de cinq ans visant à prévenir et à contrôler de telles infections, ainsi que « Moving from Theory to Practice » [Passer de la théorie à la pratique], qui a présenté des mises à jour de la réforme. De plus, un autre symposium, « Strengthening Connections : Building on Interprofessional Collaboration » [Renforcer les liens : miser sur la collaboration interprofessionnelle] a permis de renforcer les liens avec des intervenants communautaires.

- *La mise sur pied d'équipes et de services intégrés de soins de santé primaires* : On a mis sur pied deux services de santé interdisciplinaires : le Centre de mieux-être intégré des services communautaires de Tlicho et la Clinique de santé communautaire de Yellowknife. Le premier est fondé sur le « Cheminement vers la guérison », une stratégie qui consiste en un travail de cours sur le mieux-être destiné aux jeunes, en une stratégie de réseautage pour le personnel professionnel et en une stratégie personnalisée sur le mieux-être communautaire. L'autre a permis de tester et de mettre en œuvre avec succès le premier dossier électronique de santé des T.N.-O. De plus, on a tenu des ateliers obligatoires de deux jours sur la promotion du travail d'équipe dans les centres de santé de la région du Delta de Beaufort.
- *L'éducation du public afin de renforcer l'autogestion des soins* : On a modifié un guide d'autogestion des soins pour aider les résidents des T.N.-O. à prendre des décisions afin que ces derniers accèdent de façon appropriée au système de soins primaires communautaires. De plus, chaque année, on a présenté deux ateliers de six semaines sur l'autogestion des conditions chroniques afin d'éduquer les patients sur une alimentation saine, l'exercice, la gestion de la colère et d'autres sujets. On a également offert dans certaines collectivités les programmes « RespectED » et « Prevent Alcohol-Related Trauma in Youth (PARTY) » [Prévenir les traumatismes liés à l'alcool chez les jeunes].
- *L'amélioration des services de santé génésique offerts aux femmes* : On a élaboré et mis en œuvre un programme sur la profession de sage-femme à la Fort



Smith Health and Social Services Authority, une clinique de soins prénataux à la Stanton Territorial Health Authority, et on a mis à la disposition des fournisseurs une ligne sans frais afin de faciliter les arrangements liés aux déplacements effectués par les infirmières lorsqu'elles dirigent des patients à Yellowknife.

- *La formation de divers fournisseurs de soins de santé* : Cette formation a été planifiée en collaboration avec le Collège Aurora. On a également organisé une conférence régionale sur les soins infirmiers et plusieurs ateliers de formation (p. ex. les chefs de file du programme d'autogestion des conditions chroniques et la « initiative amie des bébés »).
- *Le projet communautaire sur la santé dentaire* : Ce projet visait à réduire les conséquences des caries et comprenait un registre sur la santé orale des enfants d'âge préscolaire dans les régions du Delta de Beaufort et de Sahtu.
- *L'évaluation des initiatives de soins primaires communautaires* : Celles-ci comprenaient l'élaboration de cadres d'évaluation détaillés, d'évaluations finales pour chacun des 11 projets et une évaluation globale.

Ressources

- Un *guide de l'autonomie en matière de santé* adapté aux T.N.-O. (offert en anglais et en français);
- Des programmes sociaux et de santé adaptés aux besoins des collectivités et des fournisseurs de santé des collectivités nordiques, comme le Programme de mieux-être du cheminement vers la guérison, le Programme de la profession de sage-femme et le Programme de santé des femmes du Nord;
- Des programmes de formation tels que le Centre de formation clinique pour les infirmières praticiennes, la Formation pour les travailleurs de la santé de la collectivité autochtone et le cours de 18 heures sur la conduite pratique de l'allaitement.

Apprentissages clés

Cette initiative, qui a soutenu une meilleure compréhension de l'approche des soins primaires communautaires des T.N.-O., était pertinente, fructueuse et rentable. Le plan d'éducation du public a fourni des outils pour promouvoir l'autogestion des soins et a mis davantage l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des traumatismes et la prise en charge des conditions chroniques. Depuis l'intégration de services de la profession de sage-femme, le nombre de femmes qui ont cherché à obtenir les soins d'une sage-femme dans la collectivité a augmenté, tout comme le nombre de femmes qui ont choisi d'accoucher dans leur collectivité. Grâce aux nouveaux programmes de formation, les infirmières praticiennes et les travailleurs de la santé dans

les collectivités sont mieux disposés à aider les clients autochtones et du Nord par la prévention des maladies et la promotion de la santé, et à encourager l'autogestion des soins, les modes de vie sains et la prise en charge des conditions chroniques. De plus, les nouveaux centres de santé interdisciplinaires fournissent un meilleur accès aux services aux résidents des collectivités des T.N.-O.

Malgré certains défis (les ressources humaines en santé, les questions touchant à la gestion du changement et les coûts élevés des rénovations), les intervenants qui ont été interrogés à propos de l'initiative ont convenu qu'elle avait contribué à entamer le processus de transition des T.N.-O. vers une approche de soins primaires communautaires, bien que la transition complète du système n'ait pas encore été effectuée. Plus de 90 p. 100 des intervenants interrogés ont indiqué que leur projet était très réussi (27,5 p. 100) ou réussi (62,7 p. 100) concernant l'atteinte de leurs buts précis. Certains domaines particuliers ont connu du succès :

- La communication à propos de l'initiative a augmenté dans tous les T.N.-O.
- On a favorisé le travail d'équipe interdisciplinaire (et l'apprentissage à propos des facilitateurs du travail d'équipe efficace et des obstacles à celui-ci). Aujourd'hui, la prestation de services sociaux et de santé fait beaucoup plus l'objet d'une approche d'équipe.
- Le fait de disposer d'un coordonnateur dévoué a grandement contribué à la réussite d'un grand nombre de projets.
- Des partenariats importants ont été formés à divers échelons au cours de cette initiative.
- Le fait que quelques-uns des projets étaient axés sur la collectivité et que cette dernière était en mesure de concevoir les modèles de prestation de services a contribué à leur réussite.

Le renouvellement des soins de santé primaires est un processus à long terme qui a précédé le FASSP et qui se poursuivra au-delà du financement. La majorité des projets individuels sont devenus des programmes opérationnels soutenus par leurs autorités individuelles.

Contribution approuvée : 4 722 617 \$

Personne ressource

Vicki Lafferty
Spécialiste de la planification
Ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O.
Téléphone : 867-873-7060
Courriel : Vicki_Lafferty@gov.nt.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Initiative de renouvellement des soins de santé primaires du Nunavut

Enveloppe provinciale et territoriale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut

Contexte et objectifs

Plusieurs défis ont une incidence sur la prestation des services de santé au Nunavut, y compris l'isolement géographique, les différences linguistiques et culturelles (il y a quatre langues officielles) et les difficultés de recrutement et de maintien en poste de personnel. En outre, il y a un nombre disproportionné de professionnels qui ne sont pas inuits et qui ont des difficultés à offrir des services de santé à la population inuite en raison des différences qui existent au niveau des valeurs culturelles et des comportements de santé. Cette initiative mettait l'accent sur le renforcement de la capacité du Nunavut à relever ces défis grâce à quatre objectifs particuliers :

- créer deux nouvelles organisations prestataires de soins de santé primaires (OPSSP);
- insister davantage sur la promotion de la santé et la sensibilisation des communautés aux soins de santé primaires;
- créer des projets de démonstration et des événements d'appui au réseutage qui promeuvent l'utilisation pratique d'équipes interdisciplinaires de soins de santé primaires;
- faciliter, coordonner et intégrer des services de santé pour améliorer et renforcer la communication entre les fournisseurs de soins de santé primaires et toutes les communautés.

Activités

Se terminant le 31 mars 2006, cette initiative s'est échelonnée sur une période de trois ans. Sous ses auspices, deux pratiques de collaboration interdisciplinaire ont vu le jour à Iqaluit : une clinique de pratique familiale et une clinique régionale de réadaptation. Afin d'appuyer la santé et la prévention des maladies et des blessures, on a mené de nombreuses activités, notamment l'élaboration et la facilitation :

- de programmes de formation, comme le *Mental Health Train-the-Trainer* et le diplôme en santé mentale;
- des séances de formation, y compris le *Nunavut Baby Friendly Initiative Training Project*, lequel permet aux participantes d'obtenir une certification de niveaux 1 et 2 en allaitement maternel; le *Great Kids Program Workshop*, un programme de soutien aux parents et à la famille; et les programmes *RespectEd* et *C.A.R.E.*, lesquels mettent l'accent sur la prévention des mauvais traitements, du harcèlement et de l'intimidation ainsi que sur la promotion de la sécurité personnelle;
- des ressources à l'intention des soignants et des communautés offrant des renseignements sur des sujets clés en matière de santé, notamment la santé sexuelle et la tuberculose. De plus, l'initiative appuyait l'achat de brochures didactiques en anglais et en français sur les infections transmissibles sexuellement et leur traduction subséquente en inuktitut et inuinnaqtun.

Plusieurs activités ont été entreprises pour renforcer l'intégration des intervenants dans les soins de santé primaires, notamment :

- la création d'un poste de coordonnateur en santé communautaire territoriale;
- la tenue de deux conférences sur l'intégration, la collaboration et le leadership à l'échelle communautaire;
- l'appui au développement de la *Citizen Engagement Strategy* dans les trois régions du Nunavut;



- la tenue d'ateliers clés, y compris ceux sur *les déterminants de la santé et la planification de la santé publique*;
- l'appui aux participants à des conférences de l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire;
- la tenue d'un atelier de trois jours sur l'évaluation des besoins pour faciliter le perfectionnement professionnel des représentants en santé communautaire et l'appui à leur réseautage.

Ressources

- Le cours *Mental Health Train-the-Trainer* inspiré du programme d'éducation relatif aux soins primaires sur les désordres mentaux de l'Organisation mondiale de la santé et adapté à la culture inuite.
- Un projet pilote concernant un diplôme en santé mentale, un cours de deux ans en santé mentale maintenant offert au Nunavut Arctic College et qui inclut les connaissances traditionnelles et de la culture inuite.
- Des ressources en santé mentale (affiches et fiches signalétiques) traduites dans les quatre langues officielles du Nunavut et qui mettent l'accent sur l'anxiété, la dépression et les troubles post-traumatiques.
- *Le Sexual Health Manual*, lequel contient les lignes directrices des meilleures pratiques au Nunavut en ce qui concerne la recherche de contacts, le suivi et l'enseignement en santé. La matière est adaptée à la culture et tient compte de l'âge.
- *Engaging Nunavummiut : A Guide to Strengthening Community in Nunavut*, une trousse d'outils pour aider les collectivités à aborder les questions liées à la santé et au bien-être et à déterminer les priorités en santé communautaire.

Apprentissages clés

Cette initiative a créé de nouvelles ressources qui permettront d'avoir des soins de santé primaires plus efficaces au Nunavut. Elle a également mis au point une nouvelle approche interdisciplinaire à la planification et à l'élaboration de politiques dans ce nouveau territoire et a mis davantage l'accent sur les équipes interdisciplinaires et intersectorielles. Elle a facilité l'accès à des services à Iqaluit grâce à la clinique de santé familiale, la première en son genre dans cette ville, ce qui a permis aux résidents d'avoir accès à des soins de santé interdisciplinaires dans un milieu non hospitalier. De plus, elle a appuyé l'élaboration des ressources humaines en santé du Nunavut. En rendant possible la conception et la mise en œuvre de programmes de formation adaptés aux besoins des Inuits, l'initiative a essayé d'encourager un plus grand nombre d'Inuits à devenir des fournisseurs de soins de santé et de veiller à ce que les non-Inuits aient une meilleure compréhension des pratiques de santé inuites. Enfin, l'initiative a créé des occasions de développement communautaire et de participation aux programmes de santé et a facilité des réseaux interdisciplinaires dans les trois régions.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est responsable de la viabilité à long terme de cette initiative et l'a intégrée à ses régions sanitaires et directions générales.

Contribution approuvée : 4 508 924 \$

Personne ressource

Nancy Campbell
Directrice des communications
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement du Nunavut
Téléphone : 867-975-5714
Courriel : ncampbell1@gov.nu.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Initiative du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de la Colombie-Britannique

Enveloppe provinciale et territoriale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique; avec les régies de la santé de la Colombie-Britannique et les organismes associés; le Collège des médecins de famille de la Colombie-Britannique; la B.C. Medical Association; des organismes non gouvernementaux tels que la B.C. Healthy Heart Society; l'Université de Victoria; l'Université de la Colombie-Britannique; le Centre for Health Services and Policy Research (CHSPR); et les collectivités de la Colombie-Britannique

Contexte et objectifs

Cette initiative visait principalement à aider les praticiens généraux à améliorer les soins aux populations prioritaires, en fonction des preuves montrant l'existence de lacunes dans les soins. L'initiative touchait trois secteurs :

- *Amélioration des résultats pour la santé* : On a entrepris trois grandes catégories de projets dans ce secteur : la gestion des maladies chroniques, un projet d'appui à la prévention et l'autogestion des patients. Les objectifs étaient d'améliorer les soins aux patients en fonction des meilleures pratiques, d'améliorer les résultats pour la santé des patients et de fournir des soins plus efficacement.
- *Appui à une gamme de modèles de pratique* : On a entrepris quatre grandes catégories de projets dans ce secteur : les modèles/réseaux de pratique, les soins partagés, l'engagement des médecins et la technologie. Les objectifs étaient de promouvoir une approche interdisciplinaire, d'améliorer l'accès à plus de données de dossier de santé des patients plus intégrées, d'établir des mécanismes d'assurance de la qualité, de prolonger les heures et l'accès 24 heures sur 24, 7 jours semaine, d'offrir de l'éducation et du perfectionnement professionnel ainsi que d'intégrer les soins de santé aux services communautaires.
- *Perfectionnement professionnel/développement organisationnel, preuves et évaluation* : On a entrepris trois grandes catégories de projets dans ce secteur : l'orientation des patients et la description des processus, BC NurseLine ainsi que le modèle logique de soins de santé primaires du Centre for Health Services and Policy Research (CHSPR). Les objectifs étaient de déterminer quelques changements qui entraîneraient la plus grande amélioration pour les patients, d'améliorer l'accès des consommateurs à des renseignements opportuns et précis sur les médicaments et de fournir des mécanismes pour orienter la mesure, le contrôle et l'évaluation du rendement.

Activités

L'initiative a eu lieu entre avril 2002 et mars 2006 et était axée sur les trois secteurs suivants :

- *Amélioration des résultats pour la santé* : La Colombie-Britannique a élaboré une approche fondée sur le modèle de soins chroniques élargi. La province a formé des projets de collaboration visant à améliorer la qualité, réunissant des organismes et des praticiens dans le but d'améliorer les soins aux personnes atteintes d'une maladie chronique. Les activités étaient axées sur l'élaboration de lignes directrices sur la pratique clinique ainsi que sur la trousse Chronic Disease Management [gestion des maladies chroniques]—un logiciel qui permet aux équipes de fournisseurs de soins de prodiguer plus efficacement des soins fondés sur les preuves aux personnes atteintes d'une maladie chronique. On encourageait les médecins de la province à mettre davantage l'accent sur la prévention, en ciblant les personnes de 50 à 70 ans et, moyennant des encouragements financiers, les infirmières/infirmiers facilitateurs à appuyer la gestion du changement et à obtenir les outils pour y parvenir et pour atteindre d'autres objectifs. L'autogestion jouait un rôle important dans cette initiative. En 2003–2004 et en 2004–2005, on a tenu 46 ateliers de formation à l'intention des leaders; on a formé 508 leaders (personnes atteintes d'une affection chronique); on a donné 268 cours auxquels ont participé 2 873 personnes et la Colombie-Britannique a été l'hôte de l'International Patient Self-Management Conference [conférence internationale sur l'autogestion des patients] en septembre 2005.
- *Appui à une gamme de modèles de pratique* : Pour engager les médecins, on a tenu neuf Professional Quality Improvement Days en 2004 et 2005. Ces journées permettaient aux médecins, aux autorités en matière de santé et au ministère de la Santé de discuter des défis consistant à offrir des soins dans la communauté (pratique familiale offrant une gamme complète de services) et à fournir l'occasion de renforcer la capacité du système de soins de santé et de s'attaquer au problème de la rémunération équitable. Les autorités en matière de santé et les fournisseurs de soins ont collaboré pour déterminer des modèles appropriés en fonction des besoins de la population. Les principaux objectifs de ces modèles, qui ont été mis en œuvre, étaient d'établir une approche interdisciplinaire et de permettre l'accès à plus de données



intégrées relatives à la santé des patients, en plus d'améliorer la coordination et la continuité des soins. On a mis en œuvre des soins partagés grâce à des systèmes de partage de l'information, des outils de mise en correspondance ainsi que des lignes directrices et des protocoles sur la pratique clinique. Lorsque la Colombie-Britannique a élaboré son approche au renouvellement des soins de santé primaires, il est apparu évident qu'il fallait utiliser la gestion et la technologie de l'information pour appuyer la prestation de soins de santé, ce qui a mené à quatre initiatives : la mise en œuvre de dossiers électroniques médicaux (DEM), la création d'un résumé médical informatisé (e-MS), la mise au point d'un système de GI/TI pour la gestion des maladies chroniques et l'élaboration de données de base en gestion des maladies chroniques.

- *Perfectionnement professionnel/développement organisationnel, preuves et évaluation* : On a entrepris la description des patients pour déterminer les lacunes au niveau du service. Cette démarche s'est traduite par des cadres de service qui optimisent la prestation de soins offerts à une population cible (p. ex. des personnes souffrant du diabète) dans l'ensemble du système de santé. En outre, l'examen de la littérature et une rétroaction itérative en de multiples étapes ont permis d'élaborer un modèle logique de soins de santé primaires, lequel fournit un fondement conceptuel partagé. Grâce au financement provenant du FASSP, on a ajouté des services de pharmacien à BC NurseLine en fonction des besoins évalués.

Ressources

- Le Prevention Support Program [programme de soutien à la prévention] a élaboré un organigramme électronique de prévention et de la documentation d'intervention clinique de prévention pour 10 domaines, soit le tabagisme, la consommation d'alcool, le cancer du colon, l'influenza, le cancer du col utérin, le cancer du sein, l'hypertension, le poids, l'alimentation saine et l'activité physique;
- *Living a Healthy Life with Chronic Conditions* [un livre sur mesure pour aider les patients à s'autogérer];
- un atelier de formation sur l'autogestion des patients;
- des protocoles de soins partagés, y compris des cadres de service, le cheminement des patients et la description des processus;
- un modèle logique pour les soins de santé primaires;
- le site Web www.healthplanning.gov.bc.ca./phc

Apprentissages clés

Le processus de collaboration semble avoir réussi à atteindre l'intégration des services, le travail d'équipe multidisciplinaire, le transfert d'information et le respect, dans plusieurs commu-

nautés, des lignes directrices de la Colombie-Britannique relatives à certaines maladies chroniques à tout le moins. Cette initiative était principalement axée sur deux principales affections chroniques : le diabète et l'insuffisance cardiaque globale. Les personnes souffrant de ces affectations reçoivent des soins de qualité accrue, tandis que les taux de mortalité et d'hospitalisation correspondants semblent avoir diminué.

Au total, 92 modèles de pratique avaient été mis en œuvre ou améliorés durant la période du FASSP, tandis que 26 sites ont apporté des améliorations à la structure ou à la prestation des soins de santé primaires. Il y a une évolution vers les soins fondés sur le travail d'équipe et 85 p. 100 des sites ont introduit le dossier électronique médical. La majorité des sites ont participé à des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies, mais seulement quelques-uns ont participé plus officiellement au programme provincial de soutien à la prévention. Bien que la plupart des sites de soins de santé primaires ne donnent pas accès à de tels soins au-delà des heures traditionnelles de bureau, il était habituellement possible d'avoir accès à des soins médicaux immédiats le même jour. Les fournisseurs de soins de santé primaires se sont dits dans l'ensemble très satisfaits, bien que des infirmières et pharmaciens se sont plaints que le fardeau du renouvellement est sur les médecins.

La Colombie-Britannique s'est engagée à accélérer le travail en matière de gestion des maladies chroniques par l'entremise du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Dans le cadre de son entente de 2006 avec les médecins, la province a consacré des dizaines de millions de dollars à la gestion des maladies chroniques. Les projets liés à la description du cheminement des patients mèneront à des cadres de service, lesquels serviront à déterminer les lacunes à l'échelle du système et à formuler des recommandations quant à la façon de les combler. La BC NurseLine est pleinement durable et on procède à son élargissement. L'ouverture de la communication avec les médecins crée de nouvelles occasions de partenariat et de nouvelles dispositions dans les négociations entre les médecins et le gouvernement.

Contribution approuvée : 74 022 488 \$

Personne ressource

Darcy Eyres
Directeur de projet, Soins de santé primaires
Division des services médicaux
Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique
Téléphone : 250-952-1583
Courriel : darcy.eyres@gov.bc.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Initiative du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de l'Alberta

Enveloppe provinciale et territoriale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Alberta Health and Wellness; avec Capital Health; la Calgary Health Region; le Chinook Regional Health Authority; le Palliser Health Authority; le David Thompson Regional Health Authority; l'East Central Health; l'Aspen Regional Health Authority; Peace Country Health; la Northern Lights Health Region; l'Associate Clinic of Pincher Creek, Alberta; le Service de police d'Edmonton; l'Université de l'Alberta; l'Université de Calgary; l'Université de Lethbridge; les Strathcona County Emergency Services; l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission; les Premières nations signataires du traité n° 7; la ville de Pincher Creek; l'Association canadienne pour la santé mentale; l'Alberta Mental Health Board; l'Alberta Medical Association; le NAPI Friendship Centre; les Aakom-Kiyii Health Services; la nation Piikani

Contexte et objectifs

Par l'entremise de cette initiative, la province de l'Alberta a soutenu les coûts transitoires de la mise en œuvre de projets de grande envergure des soins de santé primaires. Ces projets visaient à améliorer l'accès aux services, l'intégration et la responsabilisation de ceux-ci par l'entremise de changements fondamentaux et durables à l'organisation, au financement et à la prestation des soins de santé primaires. Deux importantes stratégies ont été mises en œuvre :

- l'élaboration et la mise en œuvre à l'échelle provinciale d'un service d'information et de conseils sur la santé accessible jour et nuit (Health Link Alberta);
- du soutien pour le renforcement des capacités, par l'entremise d'un Fonds pour le développement des capacités, qui a permis de financer neuf initiatives, et d'autres activités provinciales de coordination qui ont appuyé la mise en œuvre de nouveaux modèles de soins et la mise en œuvre plus vaste des activités réalisées dans le cadre du Fonds pour le développement des capacités dans l'ensemble de la province.

L'Alberta a établi cinq objectifs pour les initiatives financées :

1) élaborer et intégrer des programmes innovateurs de promotion de la santé, de prévention des maladies et des blessures et de gestion des maladies chroniques, 2) établir, appuyer et utiliser des équipes interdisciplinaires de soins de santé, des modèles de soins intégrés et d'autres méthodes novatrices de prestation des soins de santé primaires, 3) élaborer et mettre en œuvre des stratégies efficaces de gestion du changement aux niveaux régional et provincial, établir des modèles de collaboration (p. ex., le travail d'équipe) et encourager une culture du changement (à l'échelle du système), 4) établir et mettre en œuvre des services d'éducation et de formation pour appuyer les nouveaux modèles de collaboration et de prestation de services en matière de soins de santé primaires et 5) déterminer et mettre en place une infrastructure qui appuie la prestation des soins de santé primaires.

Activités

Durant les quatre années de cette initiative (2002–2006), l'Alberta a entrepris de nombreuses activités pour améliorer la prestation et la qualité des soins de santé primaires :

Elle a créé Health Link Alberta. L'organisme, qui compte des infirmières autorisées, fournit, jour et nuit et à l'échelle de la province, des conseils sur

la santé basés sur les symptômes (triage), de l'information fiable sur la santé générale et de l'aide pour localiser des fournisseurs des services de santé nécessaires.

Grâce au Fonds pour le développement des capacités, les régies régionales de la santé ont forgé des partenariats avec un grand nombre d'organismes et d'associations en vue d'élaborer et de mettre en œuvre plusieurs initiatives :

- L'*Interdisciplinary Primary Health Care Team Initiative* [initiative d'équipes interdisciplinaires de soins de santé primaires] a élaboré un programme interprofessionnel à l'intention du personnel et a collaboré avec l'Université de l'Alberta et l'Université de Calgary pour en créer un à l'intention des étudiants.
- *Health First Strathcona* a établi un centre multidisciplinaire de soins d'urgence après les heures normales de travail.
- Le *Chronic Disease Prevention and Management Network (Chinook)* [réseau de prévention et de gestion des maladies chroniques] a augmenté les services de prévention et de gestion des maladies chroniques.
- La *Pincher Creek Rural Health Care Initiative* [initiative de soins de santé en milieu rural de Pincher Creek], dirigée par des médecins, était axée sur la gestion des maladies chroniques, les services de santé mentale, la promotion de la santé et le dépistage, et comprenait un programme de chirurgie élargi.
- *PHC Chronic Disease Management (Calgary)* [gestion des soins de santé primaires pour les maladies chroniques] a amélioré la gestion des maladies chroniques en ayant recours à des équipes multidisciplinaires et à un plus grand soutien à l'autogestion.
- Le *Southern Alberta Child and Youth Health Network (SACHYN)* [réseau pour la santé des enfants et des adolescents du Sud de l'Alberta] avait deux composantes :
 - *Healthy Minds/Healthy Children* [esprits sains/enfants en santé] a renforcé la capacité des fournisseurs de soins locaux à offrir des services de santé mentale aux membres de leur propre communauté et a établi des liens coordonnés à des services spécialisés;
 - *Healthy Infants* [nourissons en santé] a conçu un outil servant au dépistage du risque maternel destiné aux médecins.
- Le *Shared Mental Health Network* [réseau partagé pour la santé mentale], un effort de collaboration entre les médecins de famille, les cliniciens en santé mentale et les psychiatres, a accru la capacité des médecins de famille à évaluer et à gérer les patients ayant des troubles de santé mentale.



- Dans le cadre de l'initiative *Police and Crisis Team* [police et équipe de gestion de crise], un professionnel de la santé mentale était jumelé à un agent du Service de police d'Edmonton afin de répondre aux appels mettant en cause la santé mentale, et ce en vue d'assurer un traitement approprié.
- Le *Primary Care Diabetes Project* [projet de soins primaires du diabète] a regroupé des ressources sur le diabète dans les communautés rurales afin de réduire la fragmentation des services et d'appuyer une approche d'équipe multidisciplinaire.

D'autres activités provinciales de coordination comprenaient les programmes suivants :

- *Living Well* [bien vivre] est un programme communautaire qui fournit du soutien en matière d'exercice, de formation visant des maladies précises et d'autogestion aux personnes qui souffrent d'affections chroniques.
- La *Stanford Self-Management Leadership Training* [formation de leadership en autogestion de Stanford] a renforcé les capacités de toutes les régions sanitaires à former au moins deux leaders pour aider les patients à gérer leurs affections chroniques.
- L'*Interdisciplinary Training Program* [programme de formation interdisciplinaire] a élaboré un manuel de ressources en formation à l'intention des équipes multidisciplinaires qui fournissent des services complets de soins de santé primaires.
- Le *Primary Care Improvement Project* [projet d'amélioration des soins de santé primaires] a accru la sensibilisation à l'égard des concepts liés à l'amélioration des soins de santé primaires et a offert des ateliers pour appliquer les changements.
- La *Primary Health Care Renewal Grant* [subvention pour le renouvellement des soins de santé primaires] a fourni une aide financière aux régies régionales de la santé qui mettent en œuvre des activités continues de renouvellement des soins de santé primaires.

Ressources

Les initiatives du Fonds pour le développement des capacités ont élaboré :

- des outils pour aider à l'autogestion des maladies chroniques;
- des ressources pour promouvoir la mise sur pied et l'utilisation efficace d'équipes multidisciplinaires;
- des protocoles cliniques pour évaluer et gérer les maladies chroniques dans un milieu multidisciplinaire;
- des sources personnelles de consultation pour les médecins relativement aux problèmes de santé mentale chez les enfants, tels que la dépression, l'anxiété et le suicide;
- un outil de dépistage de 110 questions, *Healthy Mother, Healthy Baby* (mère en santé, bébé en santé), qui tient compte du style de vie, de l'accès à des soins de santé, de facteurs environnementaux et de facteurs de risque.

Apprentissages clés

Health Link a accru la capacité des appelants à gérer eux-mêmes leurs soins à domicile et encourage l'utilisation plus appropriée des ressources de soin de la santé de l'Alberta en fournissant à la population un autre service de soins de santé primaires et en

dirigeant les appelants vers des services qui répondent à leurs besoins en santé. La majorité (63 p. 100) des foyers albertains connaissent Health Link Alberta. D'ici 2005–2006, on s'attend à ce qu'environ 46 p. 100 des foyers aient utilisé Health Link Alberta au moins une fois. Les sondages sur la satisfaction des utilisateurs indiquent un taux de satisfaction élevé à l'égard de presque tous les aspects du service.

Grâce au Fonds pour le développement des capacités :

- L'équipe interdisciplinaire *Good Health* de la *Pincher Creek Rural Health Care Initiative* a augmenté la capacité des patients à autogérer leurs maladies chroniques (réduisant ainsi les consultations non urgentes) et amélioré les liens avec les programmes et ressources communautaires. Elle a tenu des séances de dépistage et d'information pour les femmes à risque, notamment en ce qui concerne la gestion du poids et les tests de dépistage du cancer du col utérin.
- Le programme d'exercice communautaire de *PHC Chronic Disease Management* destiné principalement aux personnes souffrant du diabète et de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) comptait 1 200 patients.
- *Healthy Minds/Healthy Children* a tenu 207 consultations cliniques.
- Le *Shared Mental Health Network* a offert un total de 911 consultations partagées sur les soins.

Le Fonds pour le développement des capacités a produit et offert diverses initiatives et possibilités d'apprentissage en ce qui concerne l'usage accru des équipes interdisciplinaires, l'amélioration des liens entre les fournisseurs et l'élaboration de programmes de promotion de la santé et de gestion des maladies chroniques. Bien que l'on ait établi des partenariats et élaboré des programmes novateurs, le défi consiste maintenant à élargir et à adapter ces modèles et programmes et à diffuser à plus grande échelle les possibilités d'apprentissage dans l'ensemble de la province. Plusieurs projets ont été élargis au-delà de la région de la santé dans laquelle ils ont été élaborés afin d'être mis en œuvre à l'échelle provinciale, y compris le programme *Living Well*, dont l'application a été élargie à quatre régions de la santé et le programme *Stanford Leadership Training*, lequel a servi à former 234 personnes provenant des neuf régions de la santé.

Bien que Health Link Alberta soit maintenant financé par l'entremise de fonds globaux alloués à *Capital Health* et à la *Calgary Health Region*, chaque initiative réalisée dans le cadre du Fonds pour le développement des capacités a permis d'obtenir une durabilité de différentes façons : en incorporant des initiatives aux programmes et aux services régionaux, en obtenant du financement d'autres programmes ou en établissant des liens avec ces derniers et en s'intégrant aux *Primary Care Networks*.

Contribution approuvée : 54 876 073 \$

Personne ressource

Betty Jeffers
Directrice, Primary Care Unit [Unité des soins primaires]
Alberta Health and Wellness
Téléphone : 780-415-2843
Courriel : betty.jeffers@gov.ab.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le

Initiative du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de la Saskatchewan

Enveloppe provinciale et territoriale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Saskatchewan Health

Contexte et objectifs

Le Saskatchewan Action Plan for Primary Health Care [Plan d'action pour les soins de santé primaires de la Saskatchewan] a été publié en décembre 2001 et visait globalement à améliorer la qualité des services de soins de santé primaires et l'accès à ces derniers. Toutefois, depuis la mise en vigueur du plan d'action, la Saskatchewan a modifié sa structure de gouvernance et a réorganisé ses 32 districts de santé en 12 organisations régionales de santé (ORS). La Saskatchewan a eu l'intention de former ses réseaux et ses équipes de soins de santé primaires au sein des nouvelles ORS et a adopté les objectifs suivants du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires :

- accroître le nombre de personnes ayant accès à des organismes de soins de santé primaires responsables de la prestation planifiée d'un ensemble défini de services complets à une population déterminée;
- insister davantage sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures et la gestion des maladies chroniques;
- accroître l'accès aux services essentiels 24 heures par jour, sept jours par semaine;
- former des équipes interdisciplinaires de dispensateurs de soins de santé primaires, de sorte que les soins les plus appropriés soient offerts par les professionnels les plus adéquats;
- faciliter la coordination et l'intégration avec d'autres services de santé.

Activités

De 2003 à juin 2006, l'initiative de la Saskatchewan a mis l'accent sur sept domaines d'activités précis :

- renforcer la capacité au sein du ministère de la Santé;
- renforcer la capacité au sein des ORS;

- élaborer des programmes de soins de santé primaires dans les ORS grâce au développement communautaire et à la formation d'équipes;
- mettre sur pied une ligne de conseils téléphonique (HealthLine) offerte 24 heures par jour;
- offrir des possibilités de formation afin d'améliorer les niveaux de compétence des membres de l'équipe de soins de santé primaires;
- élaborer des mesures d'encouragement afin d'inciter des médecins à participer au plan;
- accroître la capacité dans les ORS afin d'améliorer les comportements de pratique dans le milieu des soins de santé primaires grâce à des initiatives de facilitation.

De plus, on a intégré de nouvelles activités qui, à l'origine, ne faisaient pas partie de l'initiative. Il s'agit de l'élaboration d'une analyse de rentabilisation d'une base de données provinciale de localisation, l'intégration de HealthLine Online (juin 2006), une application Web de renseignements et de services de santé et la formation d'un comité de mise en œuvre de la profession de sage-femme afin d'établir une équipe sur la profession de sage-femme dans le domaine des soins de santé primaires d'ici à l'automne 2006. L'initiative a également permis d'élaborer des cadres et des mesures d'évaluation en matière de responsabilisation et de rapports.

Ressources

- Les lignes directrices relatives à l'élaboration d'un plan d'ORS en matière de services de soins de santé primaires
- Les mesures et les indicateurs de responsabilisation en matière de soins de santé primaires
- L'évaluation des soins de santé primaires en Saskatchewan : un cadre proposé de la justification et des indicateurs



- Les ateliers et les guides sur la formation d'équipes
- Le plan provincial de lutte contre le diabète
- HealthLine : une ligne de conseils téléphonique 24 heures par jour (gestion de plus de 200 000 appels depuis août 2003) et un service en ligne de renseignements sur la santé (HealthLine Online), y compris une stratégie de marketing et de communication pour les deux
- L'ébauche d'un protocole d'entente et d'un modèle de contrat de médecin

Apprentissages clés

La constitution d'équipes a été accélérée en Saskatchewan. En fournissant des fonds à des ressources particulières au niveau régional, la Saskatchewan a assuré un accent continu sur les soins de santé primaires à un moment où l'on attachait beaucoup d'attention à la réorganisation et aux problèmes de soins urgents tels que les temps d'attente en chirurgie. À ce jour, on a constitué 37 équipes de soins de santé primaires, qui servent environ 23 p. 100 de la population. Le financement du FASSP a soutenu la création de 17 de ces équipes, ce qui donne accès à des services de soins de santé primaires à 12 p. 100 de la population de la province. Plus de 90 p. 100 des équipes donnent accès à un médecin ou à une infirmière praticienne autorisée 24 heures par jour, sept jours par semaine. Les directeurs responsables du financement des soins de santé primaires de chaque ORS ont facilité la création d'équipes de soins de santé primaires. De plus, grâce au projet de constitution d'équipes, une expertise en matière de formation d'équipes existe maintenant dans chaque ORS afin de soutenir les équipes et d'évaluer l'état de préparation communautaire.

Durant la phase initiale de la constitution d'équipes de soins de santé primaires, des infirmières praticiennes et des médecins de famille ont été intégrés aux équipes. Toutefois, la disponibilité d'infirmières praticiennes autorisées, associée à la réticence de certaines infirmières à déménager à l'extérieur des centres urbains, ainsi que d'autres questions relatives aux ressources humaines ont constitué des défis de taille. Toutefois, le nombre d'infirmières praticiennes travaillant dans un rôle élargi a augmenté.

L'initiative n'a généré aucun nouveau financement pour aborder les exigences relatives à la rémunération des médecins des nouvelles équipes de soins de santé primaires. Les budgets fondés sur les honoraires existants ont servi à équilibrer des modes de paiement

mais, en conséquence, aucune autre mesure d'encouragement n'a été mise en œuvre pour que des médecins participent et qu'ils forment des équipes de soins de santé primaires. La conclusion d'un protocole d'entente avec la Saskatchewan Medical Association [Association médicale de la Saskatchewan] et d'un modèle de contrat correspondant en ce qui concerne la participation de médecins aux équipes de soins de santé primaires a été plus compliquée que prévu à l'origine, mais les discussions se poursuivent. Néanmoins, le nombre de médecins d'autres plans de paiement qui font partie d'une équipe de soins de santé primaires a augmenté.

Les ORS ont eu de la difficulté à faire la distinction entre les services de soins de santé primaires, les services de santé pour la population et les services de soins communautaires, entraînant ainsi des incohérences d'une ORS à l'autre et créant de nombreux défis pour Saskatchewan Health quant à la façon de se rapporter à chaque région. Le plan d'action en matière de services de soins de santé primaires a également permis de déterminer un ensemble de services essentiels de soins de santé primaires que les ORS devraient fournir et, dans le cadre de chaque ensemble, Saskatchewan Health a prévu de définir plus précisément un ensemble de services essentiels sur le plan des équipes. Toutefois, le tout s'est révélé un défi, en raison de la géographie et de la disponibilité des ressources de la province.

Grâce à cette initiative, la Saskatchewan a acquis une plus grande compréhension des défis de la constitution d'équipes. Elle a appris que le regroupement de professionnels de la santé ne signifiait pas nécessairement qu'une « équipe » avait été formée. Dans l'ensemble, la Saskatchewan s'engage à renouveler son système de soins de santé primaires, mais le changement demande du temps.

Contribution approuvée : 18 592 405 \$

Personne ressource

Donna Magnusson
Directrice exécutive
Direction générale des services de soins de santé primaires
Saskatchewan Health
Téléphone : 306-787-0875
Courriel : dmagnusson@health.gov.sk.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Initiative du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires du Manitoba

Enveloppe provinciale et territoriale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Santé Manitoba, Services de soutien régionaux, Direction des soins de santé primaires; avec l'Office régional de la santé de Assiniboine; l'Office régional de la santé de Brandon; l'Office régional de la santé du Centre du Manitoba Inc.; l'Association de santé du Nord-Est Inc.; South Eastman Health/Santé Sud-Est Inc.; l'Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs Inc.; l'Office régional de la santé de NOR-MAN; l'Office régional de la santé des Parcs Inc.; l'Office régional de la santé de Burntwood; l'Office régional de la santé de Churchill; l'Office régional de la santé de Winnipeg; CancerCare Manitoba

Contexte et objectifs

Pour orienter son renouvellement des soins de santé primaires (SSP), la Manitoba a élaboré un cadre stratégique ainsi qu'une proposition maîtresse, qui ont été fondés sur les renseignements recueillis lors de consultations. La vision du cadre stipule que « Les Manitobains auront accès à des services des SSP communautaires, intégrés et appropriés », tandis que sa mission est d'élaborer et d'appuyer des services de SSP en collaboration avec les offices régionaux de la santé et en partenariat avec des intervenants clés. Le Manitoba a divisé sa répartition par habitant de l'enveloppe provinciale et territoriale en deux étapes : la première comprend cinq initiatives générales prioritaires visant à faciliter l'intégration et l'amélioration des services de soins de santé primaires, et la seconde vise à recueillir des propositions d'initiatives en matière de soins de santé primaires auprès des offices régionaux de la santé du Manitoba. L'initiative visait trois objectifs : 1) promouvoir la création d'organismes de soins de santé primaires qui offrent aux Manitobains des services fondés sur les principes des soins de santé primaires, avec un objectif connexe de planification et de services basés sur les besoins, 2) permettre aux fournisseurs de soins de santé primaires d'offrir des services qui reflètent les principes des soins de santé primaires, avec des objectifs connexes de planification de la formation interdisciplinaire et d'autres modèles de rémunération pour les médecins et d'autres fournisseurs de soins de santé primaires et 3) améliorer la capacité des organismes des soins de santé primaires à fournir ces services, avec des objectifs connexes visant à fournir une infrastructure et des outils tels que des lignes directrices et des techniques de gestion du changement, pour appuyer le passage vers la réforme des soins de santé primaires.

offices régionaux de la santé et choisies par Santé Manitoba);

- la surveillance et l'évaluation de ces initiatives;
- des activités de diffusion telles que la création et la présentation d'une affiche faisant la promotion des objectifs de cette initiative, l'élaboration d'une brochure informative sur les soins de santé primaires, la création et la diffusion de plusieurs communiqués de presse faisant le point sur la situation, la création d'un site Web et des présentations à l'occasion de conférences;
- l'élargissement de Health Links-Info Santé (agrandir la superficie, améliorer la technologie du centre d'appel, engager et former du personnel supplémentaire et mettre sur pied un groupe d'experts médicaux pour approuver les protocoles);
- l'éducation et la formation des ambulanciers paramédicaux par l'entremise du Emergency Medical Services (EMS) Program [programme de services médicaux d'urgence] pour leur permettre d'assumer des rôles accrus, y compris une plus grande participation dans la promotion de la santé, l'éducation, le dépistage et les soins;
- dans un centre urbain d'accès communautaire et deux sites ruraux, la mise en œuvre de solutions de technologies de l'information intégrées conçues pour donner accès à des sources d'information disparates;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un modèle de formation officiel pour la pratique de collaboration et l'élaboration d'une stratégie de marketing social pour orienter les activités promotionnelles en vue d'accroître la sensibilisation et la compréhension du public en ce qui a trait aux soins de santé primaires.

Les activités de l'étape 2 comprenaient :

- l'élaboration d'un cadre des soins de santé primaires qui est spécifique aux régions et qui met l'accent sur les processus de renforcement des capacités communautaires et sur la coordination et la formation des fournisseurs de soins de santé;
- la création d'un centre d'accès communautaire à Brandon, de centres de santé communautaires à Wabowden et à Riverton, d'un centre de soins de santé primaires à Niverville et d'une salle de télésanté/vidéoconférence à Churchill;

Activités

Pendant la durée de l'initiative, plusieurs activités ont été entreprises, et ce en deux étapes :

Les activités de l'étape 1 comprenaient :

- l'identification de cinq initiatives entreprises à l'étape 1 (proposées et choisies par Santé Manitoba) et de 17 à l'étape 2 (proposées par les



- l'agrandissement des centres de ressources communautaires à Lac du Bonnet et à Pine Falls et l'élargissement des services régionaux de santé à Parkland (p. ex., le programme régional de lutte contre le diabète);
- l'ajout de deux infirmières en pratique avancée à l'Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs Inc.;
- plusieurs activités d'intégration et de restructuration qui comprenaient la mise en œuvre d'une équipe oncologique communautaire, la reconfiguration des rôles et des responsabilités du personnel, l'intégration des équipes et des services ainsi que la mise en œuvre de services partagés en soins de la santé mentale.

Ressources

- Un programme en aval pour surveiller les patients aux prises avec une insuffisance cardiaque congestive (utilisé par Health Links–Info Santé).
- *L'Assiniboine Primary Health Care Handbook* [manuel de soins de santé primaires Assiniboine], lequel contient des outils et des renseignements pratiques sur les soins de santé primaires et leur rapport avec le milieu de travail et la communauté.
- La *Primary Health Care Lens* [optique basée sur les soins de santé primaires], une méthode pour évaluer la conformité des programmes et des services aux principes des soins de santé primaires.
- La *One Window Approach* [approche à guichet unique], un outil et processus qui permet d'évaluer les programmes actuels et qui appuie la création d'un plan d'amélioration.
- Des lignes directrices cliniques pour les soins contre le cancer et des lignes directrices de suivi pour le cancer du sein et de la thyroïde.
- Un programme interdisciplinaire d'études universitaires de 2^e et de 3^e cycle sur la pratique de collaboration.
- Des ressources pour la mise sur pied d'équipes et la gestion du changement.

Apprentissages clés

L'initiative a amélioré l'accès par l'entremise d'un certain nombre d'investissements qui ont fait progresser les initiatives régionales en matière de soins de santé primaires, et a fourni un accès supplémentaire ou nouveau aux populations mal desservies. Elle a également amélioré l'accès aux services de santé grâce à une meilleure communication avec les clients, en offrant des services pratiques qui ne font pas partie des soins de santé standards (p. ex., buanderie et douches) et, dans le cadre d'un projet en particulier, en facilitant la mise en contact avec des fournisseurs de soins de santé pour les clients réticents. Les projets de pratique de collaboration, les changements apportés aux systèmes dans des régions entières, certains succès avec des dossiers intégrés de clients et la collaboration avec d'autres fournisseurs de services dans le domaine de la santé et

d'autres domaines ont clairement démontré la progression vers la prestation de services intégrés. Plusieurs régions ont apporté des changements à leur prestation des services en élargissant les rôles ou en ajoutant des nouveaux. Pour libérer le temps des médecins, le dépistage de certains types de cancer, de diabète, d'hypertension et d'autres affections chroniques est effectué par des infirmières, des employés des services médicaux d'urgence et/ou des diététiciennes. Une initiative de marketing social a informé et instruit le personnel et le public relativement à ce à quoi ils peuvent s'attendre et à la façon d'utiliser les soins de santé primaires à leur avantage. Les partenaires à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé ont pu mieux voir les liens et les avantages de la collaboration et des objectifs communs.

Le niveau de satisfaction des clients à l'égard des services nouveaux et élargis est élevé et il y a eu une diminution du nombre de personnes manquant à leurs rendez-vous.

Malgré certains défis (p. ex., d'importants retards au niveau de l'avancement et de la mise en œuvre, des difficultés de recrutement et de maintien en poste ainsi que des questions liées à la gestion du changement), cette initiative a servi d'assises au renouvellement des soins de santé primaires au Manitoba en améliorant l'accès, en renforçant l'intégration du système et en améliorant la qualité des services. Les régions semblent prêtes à souscrire aux principes de soins de santé primaires et à appuyer plus largement les initiatives et les activités locales. On a donné aux offices régionaux de la santé la souplesse d'affecter des fonds de la façon qui leur serait le plus profitable. Cette souplesse leur a permis de réaliser leurs objectifs et devrait faire partie du processus de financement dans le futur. Le Manitoba s'est engagé à faire en sorte que l'accent de son système de soins de santé passe des soins actifs à une plus grande utilisation des services communautaires de soins de santé primaires. Cette initiative a contribué à l'établissement de partenariats communautaires ainsi qu'à l'encadrement de personnes engagées qui joueront un rôle essentiel dans sa viabilité future. D'autres éléments clés favoriseront la viabilité de l'initiative, soit la participation active des fournisseurs de services, la capacité de miser sur des produits et les leçons apprises dans l'ensemble de la province, une communication continue et des stratégies d'information efficaces, une solide stratégie de ressources humaines et un soutien financier continu.

Contribution approuvée : 20 844 059 \$

Personne ressource

Barbara Wasilewski
Directrice, Soins de santé primaires, Santé Manitoba
Téléphone : 204-786-7176
Courriel : bwasilewsk@gov.mb.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Initiative du Fonds de transition des soins de santé primaires de l'Ontario

Enveloppe provinciale et territoriale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Contexte et objectifs

En 2000, le gouvernement de l'Ontario a signalé que « l'amélioration des soins primaires est essentielle au renouvellement des services de santé ». Afin de faire progresser les soins de santé primaires à l'intérieur de ses frontières, l'Ontario a entrepris neuf initiatives clés de renouvellement des soins de santé primaires. Quatre d'entre elles devaient être appliquées à l'administration centrale (adoption de nouveaux modèles de prestation de soins de santé primaires, élaboration de systèmes et technologie de l'information, communication, et gestion de projets), tandis que les cinq autres devaient être mises en œuvre au moyen d'un processus de demande de subvention. Ces initiatives visaient à : améliorer l'accès aux soins de santé primaires; augmenter la qualité et la continuité des soins de santé primaires; accroître la satisfaction des patients et des fournisseurs de soins; et promouvoir la rentabilité des services de soins de santé primaires. De façon particulière, l'Ontario voulait s'assurer que les modèles de paiement et de prestation offraient une souplesse sur le plan des soins de santé primaires, tout en respectant les objectifs convenus à l'échelon national quant au renouvellement des soins de santé primaires.

L'Ontario a mis en place 101 subventions de fonctionnement pour cinq initiatives qui avaient toutes des objectifs différents :

- *Projets de démonstration, de recherche et d'évaluation (projets interdisciplinaires)* : Ils visaient la conception et la mise à l'essai de nouveaux modèles de prestation de soins qui favoriseraient l'intégration des services fournis par les différents professionnels de la santé et d'autres services dans les centres de soins de santé primaires;
- *Projets d'accréditation* : Ils étaient axés sur la mise au point d'un processus d'accréditation officiel qui comporterait un système de responsabilisation pour la mesure de la qualité, afin de garantir l'amélioration continue des nouveaux modèles de prestation de soins de santé primaires;
- *Projets de direction et de formation* : Ils privilégiaient la création d'occasions d'apprentissage afin d'aider les fournisseurs de soins à passer à une approche davantage centrée sur la collaboration pour donner des soins de santé;
 - *Projets de santé mentale* : Ils visaient une meilleure intégration du rôle des spécialistes et des fournisseurs de soins de santé mentale dans la prestation des soins de santé primaires;
 - *Projets de réadaptation* : Ils avaient comme objectif d'établir et de renforcer des liens entre les services de réadaptation et les soins de santé

primaires, par l'édification d'axes clairs de responsabilité et d'imputabilité.

En outre, l'Ontario a accordé 59 subventions d'équipement, dont la majorité étaient consacrées à l'intégration de différentes disciplines dans des pratiques. Certains projets avaient comme objectif : d'intégrer les pharmaciens à la médecine familiale; de regrouper sous un même toit les médecins de famille, les pharmaciens et les infirmières et infirmiers praticiens; et de réunir les diététistes et les médecins de famille. Ainsi, 47 des projets de subventions d'équipement se rattachaient aux équipes de santé familiale, qui désignent un volet stratégique du plan gouvernemental de prestation de soins de santé primaires.

Activités

Pendant les quatre années d'exécution de l'initiative (2002–2006), de nombreuses activités ont été entreprises :

- On a pris plusieurs mesures préliminaires pour favoriser l'adoption par les médecins et les patients d'autres modèles de prestation de soins de santé primaires, ce qui comprend l'établissement de services connexes de conseils par téléphone ainsi que la création d'une infrastructure de technologie de l'information et de responsabilisation. De plus, on a déployé de nombreux efforts pour familiariser les médecins et les autres professionnels de soins de santé primaires avec les différents modèles nouveaux. Enfin, on a préparé et distribué des trousseaux d'adhésion aux soins de santé primaires, en plus d'envoyer des formulaires d'adhésion et de consentement à tous les Ontariens;
- L'équipe de soins de santé primaires a assuré la gestion continue, la surveillance permanente des progrès réalisés et le rapport de toutes les initiatives. Ces activités comportaient plusieurs visites dans le cadre de projets de subventions de fonctionnement et d'équipement. En outre, l'équipe a organisé des activités prépondérantes de transfert des connaissances, y compris la tenue de conférences et de deux ateliers dont le but était d'informer les participants des progrès réalisés sur le plan de la stratégie de transformation de l'Ontario et de partager avec eux les leçons apprises;
- On a amorcé la conception d'exigences liées aux activités et aux systèmes, l'exécution d'un projet de validation de principe ainsi que l'évaluation d'un système de gestion de documents et de flux de travaux. De plus, on a mis en œuvre un système intérimaire d'aide à la décision et établi les exigences fonctionnelles du système de gestion des marchés pour tous les modèles de prestation de soins de santé primaires.
 - On a créé des ressources éducationnelles et des trousseaux pour les patients, de même que plus de



20 aides didactiques pour les fournisseurs de soins de santé;

- Un processus d'accréditation a été mis au point et diffusé. (Parmi les outils conçus, mentionnons des outils d'évaluation de la qualité dans les lieux pilotes de pratique, un atelier de formation pour les évaluateurs en chef, un site Web pour faire connaître des modèles de programme, des outils et des conclusions.);
- On a mis sur pied un programme d'études pour accroître les connaissances et les compétences dans les domaines propres aux cycles PEÉA (planifier, exécuter, étudier, agir), à la gestion de l'information, à la redéfinition des tâches, à la collaboration et à l'intégration, ainsi qu'à la mesure du rendement. Trois modules d'apprentissage sur la direction ont été présentés en 2005 et ont attiré 12 équipes de soins primaires.

Ressources

La présente initiative a favorisé l'établissement de plusieurs centaines de ressources qui faciliteront le travail des intervenants en soins de santé, dont les fournisseurs et administrateurs de soins de santé, et les patients. On a élaboré les outils suivants :

- Trousses;
- Pratiques exemplaires et protocoles;
- Modèles novateurs de prestation de soins;
- Instruments d'évaluation;
- Modules de formation et régimes de soins de santé;
- Normes d'accréditation
- Site Web: http://www.health.gov.on.ca/french/providers/project/phctf/phctf_mnf.html

Apprentissages clés

Il est difficile de quantifier les répercussions intégrales de la présente initiative. Quelques statistiques clés démontrent toutefois les gains effectués par l'Ontario. L'adhésion aux nouveaux modèles de prestation de soins de santé primaires a plus que doublé en 2005–2006; en effet, le nombre d'adhérents est passé de 2,6 millions en mars 2005 à 6,8 millions en septembre 2006. Le succès du processus d'adhésion s'explique en grande partie par la mise en place d'un système efficace d'adhésion ainsi que de stratégies de communication correspondantes.

Plus de 90 équipes interdisciplinaires de soins de santé primaires ont été mises sur pied au moyen des programmes de subventions. Des fournisseurs de soins de 33 catégories différentes font désormais partie de ces équipes. Selon eux, la durée moyenne de l'intégration réussie de professionnels paramédicaux dans les centres de soins de santé primaires a été de quatre à six mois, et le succès de cette mesure a été attribuable à des facteurs comme la confiance, le dialogue ouvert, la compréhension mutuelle de la portée de la pratique et des rôles des intervenants, de même que le temps et l'engagement à collaborer. L'ajout de professionnels paramédicaux a permis d'avoir accès plus rapidement à des soins plus complets et efficaces ainsi qu'à l'autosoins.

La très grande majorité des patients s'est dite satisfaite des soins reçus d'une équipe interdisciplinaire, et les résultats cliniques se sont souvent améliorés.

Tous les projets ont adopté le cadre de gestion et de prévention des maladies chroniques de l'Ontario. De plus, ils ont tous permis de conclure que les approches fondées sur les patients et axées sur la gestion des maladies chroniques facilitaient la prise de décisions pour les patients, en plus d'améliorer les résultats cliniques et la rentabilité des soins. Quant aux projets qui ont traité de l'efficacité d'un modèle interdisciplinaire de gestion des maladies chroniques, un élément clé en est ressorti, soit le recours aux services d'une seule personne (généralement une infirmière ou un infirmier autorisé) pour qu'elle agisse à titre de premier point de contact et de coordonnatrice des échanges avec les autres fournisseurs de soins et de services. Plusieurs projets ont permis de constater l'utilité de ce modèle pour que les patients atteints d'une maladie chronique complexe aient le soutien dont ils ont grandement besoin, par l'intermédiaire de divers membres d'une équipe interdisciplinaire.

Les initiatives de direction et de formation ont favorisé la transition d'une pratique indépendante à la prestation de soins en collaboration. De l'avis des personnes qui y ont été associées, l'acquisition de nouvelles compétences a été facilitée par la détermination d'objectifs clairs et d'un échéancier, le travail en équipe ainsi que les occasions de donner et de recevoir des commentaires et des suggestions. Parmi les obstacles, citons le manque de temps et de ressources et la complexité du système. Les changements de pratique les plus courants ont été la détection précoce des maladies, l'établissement d'un diagnostic plus exact et l'amélioration de la gestion des conditions. La formation sur la gestion des changements a joué un rôle actif dans l'orientation vers l'utilisation de nouveaux modèles de prestation de soins.

Les projets de subventions d'équipement et de fonctionnement ont fourni l'infrastructure, l'expertise, les ressources humaines, les services et les programmes nécessaires pour créer plus de trente équipes de santé familiale et accélérer ce processus. Cette démarche a appuyé directement le plan du gouvernement provincial qui consiste à concevoir un système de soins de santé respectant les principales priorités : garder les Ontariens en santé; réduire les périodes d'attente; et favoriser la consultation des médecins et infirmières et infirmiers. Les autres conséquences sont susceptibles de se faire sentir au cours des prochaines années.

Contribution approuvée : 213 170 044 \$

Personne ressource

Marsha Barnes
Business Lead, Primary Health Care Team
Health System Accountability and Performance Division
Ontario Ministry of Health and Long-Term Care
Phone: 416-327-7056
E-mail: marsha.barnes@moh.gov.on.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Initiative du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires du Québec

Enveloppe provinciale et territoriale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Contexte et objectifs

Le Québec a fait des Groupes de médecine de famille (GMF) l'une des pierres d'assise de sa réforme. Un GMF est essentiellement une nouvelle organisation composée de médecins de famille travaillant en groupe, en collaboration étroite avec des infirmières, et qui offre une gamme étendue de services à une clientèle qui s'y inscrit librement. Chaque GMF signe un accord avec un centre local de services communautaire (CLSC) notamment en vue de la prestation de services psychosociaux à la clientèle du GMF. Les groupes font partie d'un réseau plus étendu (comprenant d'autres GMF, des hôpitaux et d'autres services). Par l'entremise des réseaux, les GMF permettent l'accès à certains services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. La gamme des services offerts par les GMF comprend notamment la prestation de soins adaptés à l'état de santé des patients inscrits, la prévention des maladies et la promotion de la santé, l'évaluation de l'état de santé, et le diagnostic et le traitement des affections aiguës et chroniques. Les GMF ont pour but d'assurer la viabilité et l'accessibilité du système de soins de santé primaires du Québec.

Leurs objectifs sont compatibles avec les objectifs fixés lors de la Conférence des premiers ministres FPT (fédéral/provinciaux/territoriaux) 2000 sur le renouvellement des soins de santé primaires au Canada, de même qu'avec les objectifs communs du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) :

- Donner aux gens du Québec l'accès à un médecin de famille;
- Assurer une plus grande accessibilité des services ainsi que la prise en charge globale (continuité des services) et le suivi des patients;
- Améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux ainsi que l'organisation des services de première ligne;

- Développer des services qui sont complémentaires avec ceux de CLSC;
- Reconnaître et valoriser le rôle du médecin de famille.

Les GMF ont été proposés par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) en décembre 2000, et le gouvernement du Québec a annoncé leur création en 2001. La province a déclaré son intention d'inscrire 75 pour cent de la population sur les listes des GMF au cours des prochaines années. Elle prévoit établir un nombre total d'environ 300 GMF sur son territoire.

L'implantation de la première vague des GMF a débuté à l'automne 2002. Les fonds FASSP ont contribué à cette évolution déjà commencée.

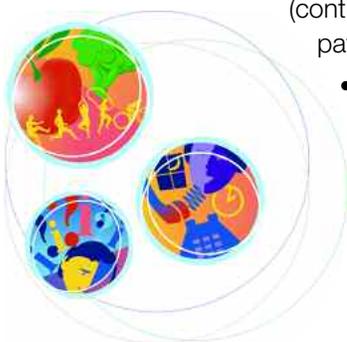
Activités

L'initiative, qui a pris place entre octobre 2001 et mars 2006, a subi les activités suivantes en établissant les GMF :

- Continuer le processus gouvernemental d'implanter des GMF
- Négocier les ententes contractuelles, particulièrement celles entourant l'embauche des infirmières (qui conservent un lien d'emploi avec le CLSC)
- Développer et installer les systèmes d'information

Ressources

- En février 2006, un peu plus de 100 GMF étaient en activité ou à des stades variables d'implantation.
- Environ 1 000 médecins de famille et 200 infirmières y travaillent et près de 800 000 Québécois y sont inscrits.
- D'autres GMF sont en phase d'accréditation.



Apprentissages clés

En avril 2006, une étude de cas fait par l'Université de Montréal de cinq GMF de la première vague a noté :

- Il y a eu un progrès notable en la collaboration entre les médecins et les infirmières dans la majorité des GMF à l'étude.
- La majorité des usagers ne voient que des avantages de s'inscrire à un GMF.
- Les usagers ont observé des améliorations pour les dimensions suivantes (présentées en ordre d'importance de l'amélioration constatée) : l'accessibilité hors des heures ouvrables; l'accessibilité pendant les heures ouvrables; la coordination médecin-infirmière; la globalité des soins; la connaissance du patient.
- L'inscription des clientèles aux GMF s'est déroulée de manière beaucoup plus aisée que prévu. Les GMF ont principalement inscrit les clientèles déjà suivies par les médecins du groupe.
- L'offre de services des GMF étudiés n'a pas donné lieu à des disparités importantes.

L'évaluation a noté aussi qu'il y avait des défis, comme : la lourdeur du processus gouvernemental, les difficultés en ententes contractuelles entre les GMF et les infirmières, qui conservent un lien d'emploi avec le CLSC (les infirmières jugent que les lignes d'autorité sont confuses, alors que certains médecins ont été frustrés par les négociations avec le syndicat local); le manque de soutien au processus de changement; et les délais dans l'implantation des systèmes d'information, qui ont déçu les professionnels.

Malgré ces difficultés, l'étude de cas a souligné qu'il est clair que les GMF apportent de grands avantages pour la population du Québec et qu'ils jouent un rôle important dans la soutenance du système des soins de santé primaires dans la province.

Contribution approuvée : 133 681 686 \$

Personne ressource

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

www.formulaire.gouv.qc.ca/cgi/affiche_doc.cgi?dossier=7402&table=0

Renouvellement des soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick

Enveloppe provinciale et territoriale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick; avec l'Agence de promotion économique du Canada atlantique; Service Croix bleue de l'Atlantique; Entreprises Nouveau-Brunswick; Conseil national de recherches Canada

Contexte et objectifs

Le renouvellement des soins de santé primaires (SSP) au Nouveau-Brunswick vise l'amélioration de l'accès aux SSP au sein d'un système qui offrira les services de santé appropriés, de la façon appropriée, au moment opportun, par le bon fournisseur, à un prix abordable pour les contribuables. La vision du Nouveau-Brunswick pour un avenir en santé déplace l'accent des soins actifs vers les services communautaires. Deux priorités ont été dégagées : l'établissement d'un réseau de centres de santé communautaire (CSC) et l'amélioration des services ambulanciers. Dans ce but, le Nouveau-Brunswick a utilisé des fonds pour soutenir six initiatives en matière de renouvellement des soins de santé :

- Mise sur pied de cinq CSC, y compris un soutien à la mise en œuvre et à l'orientation;
- Élaboration d'un cadre d'évaluation formative des CSC, y compris l'établissement d'indicateurs de progrès sur lesquels appuyer le développement du réseau de CSC;
- Mise à niveau des services ambulanciers mettant l'accent sur la formation des techniciens médicaux d'urgence en technique spécialisée de maintien des fonctions vitales et achat de matériel permanent et de fournitures jetables pour soutenir cet élargissement des tâches; mise à niveau du système actuel d'information et de répartition des ambulances;
- Élaboration de stratégies et d'activités de gestion du changement pour soutenir la mise en place des CSC et d'autres activités touchant le renouvellement des SSP;
 - Achèvement de l'analyse préliminaire des besoins en matière de système de gestion de l'information dans le domaine de la santé publique et de la santé mentale;
 - Octroi d'un soutien à une initiative de télésanté en matière de télésoins à domicile.



Activités

En 2003, le Nouveau-Brunswick a arrêté son choix sur cinq CSC. En date du mois de juin 2006, les activités suivantes avaient été entreprises :

- Embauche d'un conseiller principal pour gérer et promouvoir le changement;
- Annonce des cinq sites de CSC, dont la mise sur pied est assurée par les régies régionales de la santé (RRS);
- Mise sur pied de comités et élaboration de politiques et de lignes directrices pour créer ce nouveau modèle de prestation de services;
- Participation des collectivités et création de comités consultatifs pour compléter les évaluations des besoins communautaires en matière de santé sur lesquels on se fondera pour créer les services et choisir le personnel;
- Élaboration d'une stratégie de plan de travail pour la sélection d'un système de dossiers de santé électroniques;
- Utilisation de stratégies de gestion du changement pour sensibiliser tous les intervenants, aborder les préoccupations et stimuler l'enthousiasme;
- Formation et éducation des fournisseurs de soins de santé pour les doter des connaissances, du savoir-faire et des attitudes nécessaires (formation prodiguée aux fournisseurs de soins de santé au moyen de cinq conférences provinciales et de l'initiative *Building a Better Tomorrow* [Assurer un meilleur avenir]; 127 séances ont eu lieu dans le cadre de cette initiative, réunissant au total 2 209 participants; on a remis un certificat de collaboration en SSP à 179 fournisseurs de soins de santé ayant terminé les quatre modules de formation principaux; on a également conçu un guide d'orientation à l'intention du personnel de tous les CSC);
- Mise sur pied d'un cadre d'évaluation formative et établissement d'indicateurs de progrès;

- Embauche d'un expert-conseil pour aider à évaluer les services ambulanciers et pour concevoir un programme de formation en technique spécialisée de maintien des fonctions vitales à l'intention des ambulanciers (plus de 500 ambulanciers ont reçu cette formation);
- Élargissement du rôle des infirmiers/infirmières dans les salles d'urgence et soutien du rôle des infirmiers et infirmières auxiliaires autorisé(e)s (IAA) dans les maisons de soins infirmiers et les régies régionales de la santé (plus de 500 infirmiers et infirmières travaillant dans les salles d'urgence du Nouveau-Brunswick ont reçu une formation approfondie et peuvent maintenant évaluer et traiter les patients qui n'ont pas besoin des services d'un médecin, puis leur donner leur congé; de même, plus de 800 IAA ont reçu une formation qui leur permet de travailler dans la pleine mesure de leurs moyens dans les maisons de soins infirmiers et les régies régionales);
- Demande de rapports sur les modèles de rémunération des médecins et soutien à la gestion de l'information en matière de santé publique et de soins de santé mentale;
- Mise sur pied d'un projet pilote de télésanté sur les télésoins à domicile (programme extramural de soins à domicile).

Ressources

- Cadre de travail pour les centres de santé communautaires du Nouveau-Brunswick
- Évaluation des besoins en santé communautaire du Nouveau-Brunswick
- Principaux services offerts par les CSC du Nouveau-Brunswick
- Modèle logique d'établissement des CSC au Nouveau-Brunswick
- Cadre pour la production de rapports fondés sur les indicateurs de progrès et processus d'évaluation de deux ans des CSC du Nouveau-Brunswick
- Sondage à l'intention des fournisseurs de services des CSC
- Sondage à l'intention des patients des CSC
- Jalons des CSC du Nouveau-Brunswick—outil d'autoévaluation

- Plan comptable fondé sur l'ensemble minimal de données pour l'enregistrement des CSC
- Guide d'orientation des CSC du Nouveau-Brunswick

Apprentissages clés

Cinq CSC ont été mis sur pied et sont maintenant fonctionnels. Les clients sondés dans le cadre du processus d'évaluation se sont déclarés satisfaits des services reçus. Deux autres CSC ont ouvert leurs portes et la planification d'un troisième est en cours. On a mis en place l'infrastructure nécessaire (édifices, technologie et politiques) en plus de commanditer diverses activités de communication et campagnes de promotion. Des collectivités avoisinantes réclament maintenant leur propre CSC. On a organisé des ateliers provinciaux pour partager les réussites et mettre les leçons apprises à profit au cours du cheminement pour mettre en place des services communautaires. Cependant, les équipes de soins de santé auront besoin d'une formation et d'un soutien continu et il faut poursuivre l'élaboration de politiques.

Le système de dossiers de santé électroniques est maintenant en place et sera bientôt utilisé partout. Les ambulances sont maintenant dotées du matériel nécessaire. On a mis à niveau le service de répartition des ambulances et la technologie de l'information connexe. Le projet pilote de télésanté (programme extramural de soins à domicile) est en cours. On a investi dans les installations, les technologies et les stratégies de changement dans le but d'atteindre les objectifs prioritaires du Nouveau-Brunswick. Le ministère de la Santé a redirigé les ressources existantes vers le soutien et le maintien de ces projets.

Contribution approuvée : 13 689 805 \$

Personne ressource

Bronwyn Davies
Conseillère principale/directrice des soins de santé primaires
Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick
Téléphone : 506-453-7926
Courriel : bronwyn.davies@gnb.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Renouvellement des soins de santé primaires de la Nouvelle-Écosse

Enveloppe provinciale et territoriale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Contexte et objectifs

Le projet de renouvellement des soins de santé primaires (SSP) en Nouvelle-Écosse requiert l'utilisation d'une approche stratégique soigneusement structurée pour arriver à transformer le système au fil du temps tout en gérant le processus de changement de façon à assurer le respect des individus, des professionnels de la santé et des collectivités. Le montant alloué à la Nouvelle-Écosse par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) a permis à la province de mettre en place des initiatives visant la modification du système. La province a proposé quatre approches stratégiques : confier de plus en plus les SSP à des équipes de professionnels œuvrant auprès d'une population déterminée; créer un changement culturel axé sur la santé de la population, la collaboration et la promotion de la santé au sein des fournisseurs de soins primaires; séparer la rémunération des fournisseurs de SSP des considérations relatives au volume de patients; préparer le système de soins de santé primaires à la mise en œuvre future d'un système de dossiers électroniques. Trois initiatives transitoires ont été établies pour soutenir ces stratégies avec les objectifs suivants :

- améliorer les services de SSP et créer de nouvelles façons de mettre sur pied des organismes et des réseaux durables de soins de santé primaires;
- supporter les coûts du changement (pour encourager les groupes de professionnels des soins de santé primaires à travailler en collaboration au sein de nouveaux réseaux ou organismes de SSP);
- soutenir la transition du système de SSP vers un système de dossiers électroniques des patients.

Activités

Le ministère de la Santé et les District Health Authorities (DHA) [autorités sanitaires de district] ont travaillé en collaboration au cours des trois dernières années pour soutenir ces initiatives.



Activités provinciales :

- Fondation d'un comité de direction en matière de SSP et activités correspondantes;
- Élaboration d'un programme de gestion de l'information relative aux SSP, y compris les étapes à suivre pour la mise en œuvre d'un système de dossiers électroniques des patients à l'échelle provinciale;
- L'initiative « Diversity and Social Inclusion » [diversité et inclusion sociale], comprenant l'élaboration d'une politique et de lignes directrices tenant compte des différences culturelles;
- Le Primary Maternity Care Working Group [groupe de travail sur les soins de maternité primaires], qui devait fournir un cadre de travail pour les équipes de soins de maternité primaires travaillant en collaboration;
- L'initiative « Health Literacy Awareness » [sensibilisation à la littératie en matière de santé], mise sur pied pour sensibiliser les fournisseurs de SSP aux problèmes de littératie en matière de santé et leur montrer comment aider leurs patients à mieux comprendre l'information sur la santé;
- L'évaluation des SSP et les efforts de recherche pour assurer l'uniformité de la collecte de données dans les DHA.

Activités des DHA :

- Mise en œuvre des principales activités provinciales;
- Échafaudage d'une infrastructure de leadership et de planification. On a notamment engagé un gestionnaire responsable des SSP pour chaque district. Cette personne devait fournir un soutien continu aux activités de transition et assurer la facilitation, la coordination et la gestion de toutes les activités touchant aux SSP;
- Les nombreuses améliorations apportées à la prestation des services de SSP, dont l'élaboration d'une stratégie de lutte contre les maladies chroniques par la South Shore Health [district sanitaire de la rive sud] et l'initiative « Patient Education Information Management » [gestion de

l'information et éducation des patients] du South West Health District [district sanitaire du sud-ouest];

- L'appui à l'élaboration de modèles durables pour les organismes de SSP, y compris l'introduction d'infirmières praticiennes, les régimes de paiement différents, la mise sur pied des équipes, la rénovation des locaux des organismes de soins de santé primaires, la gestion des maladies chroniques et les initiatives de promotion de la santé.

Ressources

- Site concernant les SSP : www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/default.htm
- L'initiative « Diversity and Social Inclusion » et les « Cultural Competence Guidelines » [lignes directrices en matière de savoir-faire culturel] correspondantes, applicables à tous les secteurs sanitaires ainsi qu'à d'autres sphères de compétences au Canada
- Le DVD sur la littératie en matière de santé : *Making the Connection* [Établir la connexion]
- De nombreuses autres ressources ont été mises au point et rendues disponibles sur le site Web

Apprentissages clés

L'initiative de renouvellement des SSP en Nouvelle-Écosse a apporté une contribution essentielle à l'amélioration du système de SSP dans toute la province. Les fonds versés par le FASSP ont augmenté la capacité des DHA à soutenir les activités de planification communautaire et ont permis aux professionnels de la santé de participer à la planification et à la mise en œuvre des réseaux et des organismes de SSP. Une équipe de renouvellement des SSP au ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse a fourni des ressources pour aider les DHA à élaborer des structures et des processus de transition. Cette équipe, aidée par la fermeté du leadership et de l'engagement des DHA à l'égard du renouvellement des SSP, a permis l'amélioration du travail d'équipe et de la collaboration en milieu pratique. Les fournisseurs de SSP intéressés à travailler dans le cadre d'un réseau ou d'un organisme ont reçu une aide financière pour occuper ou rénover un espace physique qui faciliterait la collaboration. L'arrivée des infirmières praticiennes (il existe actuellement 19 postes dans la province) devant travailler en collaboration avec les médecins de famille

a réussi à améliorer l'accès aux SSP et à changer le point focal des rencontres. On a par exemple mis au point de nouvelles façons de fournir des services de SSP fondées sur une approche axée sur la santé de la population.

Tout au long de l'initiative, on a effectué un travail de base pour s'assurer que le système de SSP serait prêt à suivre lorsque la province passerait au système de dossiers de santé électroniques. Le défi posé par l'établissement de politiques de régie des données a été relevé au moyen de l'engagement intense de la collectivité des fournisseurs de soins de santé. Les « Champions workshops » [ateliers des chefs de file], qui aidaient les médecins à apprendre à utiliser les systèmes d'information relative aux SSP, ne sont qu'une des nombreuses stratégies de gestion du changement qui se sont révélées efficaces. De nombreuses équipes utilisent maintenant le système de dossiers électroniques. D'ici au mois de septembre 2006, environ 30 p 100 des médecins en SSP de la province seront inscrits au programme de gestion de l'information relative aux SSP.

De nombreuses activités prévues dans le cadre de l'initiative ont eu un succès qui se répercutera dans les futurs efforts de planification et de renouvellement des SSP. L'initiative « Diversity and Social Inclusion », par exemple, est à l'origine des premières lignes directrices provinciales en matière de prestation de services de SSP adaptées aux différences culturelles du Canada. Il est certain que ces lignes directrices auront un effet sur les activités d'élaboration des politiques et de planification des SSP, de recrutement et de maintien en fonction du personnel ainsi que de prestation des services dans la province. Les activités de l'initiative se voulaient transitoires, mais certaines d'entre elles se sont révélées nécessaires à la mise en œuvre continue de la stratégie. Un financement provincial durable est essentiel à la survie de certains programmes clés.

Contribution approuvée : 17 073 265 \$

Personne ressource

Paula English
Directrice, soins de santé primaires
Ministère de la Santé, Nouvelle-Écosse
Téléphone : 902-424-3076
Courriel : englishpm@gov.ns.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Île-du-Prince-Édouard—Restructuration du système de soins de santé primaires

Enveloppe provinciale et territoriale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard

Contexte et objectifs

L'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.) a entrepris une restructuration de son système de soins de santé primaires (SSP) dans le but d'aborder des problèmes comme la pénurie de professionnels, la satisfaction des fournisseurs de soins, la demande accrue en soins de santé, l'augmentation des coûts liés aux soins de santé et les taux élevés de maladies chroniques, ainsi que les problèmes d'accessibilité, d'intégration et de coordination. La restructuration des soins de santé contribue au renforcement des SSP dans la province en modifiant les méthodes actuelles de financement, d'organisation et de prestation des services. Les objectifs de cette initiative étaient les suivants : 1) améliorer l'accès aux services complets de SSP; 2) améliorer la continuité des soins par la prestation coordonnée et intégrée des services de SSP; 3) accroître l'attention portée sur la promotion de la santé de même que la prévention et la gestion des maladies chroniques, dont l'autogestion; 4) assurer ou améliorer la satisfaction des malades et des clients à l'égard des SSP; 5) assurer ou améliorer la satisfaction des fournisseurs de soins par la collaboration; et 6) accroître la responsabilité.

Pour atteindre ces objectifs, on a mis en place cinq initiatives, à savoir : la création de centres de santé familiale axés sur la collaboration; la mise au point d'une stratégie provinciale de vie saine; la prestation de soins palliatifs intégrés; l'amélioration de l'utilisation des médicaments; et la vidéoconférence. Les trois premières initiatives constituent le fondement de la restructuration et ont été mises en œuvre par le biais d'une approche progressive. Quant aux deux autres initiatives, elles n'ont pas été mises en application en raison de préoccupations relatives au financement durable d'opérations courantes.

Activités

Au cours des quatre années d'exécution de l'initiative (2002–2006), l'Î.-P.-É. a adopté une approche progressive et par étape afin de faire progresser trois des cinq initiatives (centres de santé familiale, stratégie provinciale de vie saine et

soins palliatifs intégrés) en vue de leur mise en œuvre intégrale.

- Pour assurer la mise en œuvre des centres de santé familiale, on a offert une formation et un enseignement supérieur professionnels aux professionnels de la santé qui travaillent dans des milieux collaboratifs interdisciplinaires, afin de leur venir en aide. Dans la même veine, l'Î.-P.-É. a animé un atelier-conférence sur la pratique collaborative interdisciplinaire et la gestion fondée sur des données probantes des maladies chroniques à l'intention des employés de tous les centres de santé familiale. De plus, l'Î.-P.-É., en partenariat avec les autres provinces de l'Atlantique, grâce à l'initiative Assurer un meilleur avenir, a participé à la conception de six modules de formation, qui portent, entre autres, sur la compréhension des soins de santé primaires, la pratique collaborative, la constitution d'équipes et la résolution de conflits. Tous les centres de santé familiale se sont soumis à un examen opérationnel, où l'on a formulé des recommandations en vue du perfectionnement de la pratique collaborative dans quatre secteurs : l'engagement quant à la pratique collaborative, les rôles et les responsabilités, le recrutement du personnel de base, ainsi que la communication et la technologie. Les cinq centres de santé familiale étaient liés au système provincial d'information sur la santé. Le logiciel de gestion de pratique a été installé dans tous les centres, ce qui a assuré la compatibilité de la base de données. Les dossiers électroniques de santé n'ont toutefois pas été installés en raison des coûts élevés, mais cette initiative fait encore partie du programme provincial. Les centres de santé familiale ont mis en place des activités et des programmes cliniques qui sont très utiles pour leurs collectivités. Citons à titre d'exemple l'utilisation de protocoles cliniques pour l'hypertension, qui a produit des résultats très intéressants pour les malades des centres. En outre, on offre un programme d'immunisation anti-grippale de manière à atteindre les malades de la province sans qu'ils aient à consulter leur médecin de famille.
- En ce qui concerne la stratégie de vie saine, il incombe aux partenaires du gouvernement provincial



(Santé, Services sociaux et Aînés, Éducation, et Affaires communautaires et culturelles) de jouer un rôle de dirigeant. Les partenaires d'organisations non gouvernementales (ONG) comprennent trois organismes, en l'occurrence la PEI Tobacco Reduction Alliance, la PEI Active Living Alliance et le PEI Healthy Eating Alliance. Citons également les organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé, la fédération des municipalités, le Réseau des services de santé en français de l'Î.-P.-É., la PEI Recreation and Trails Association, le procureur général et les conseils scolaires. La stratégie privilégie l'établissement de réseaux régionaux, qui sont gérés par les coordonnateurs de la stratégie de vie saine en vue du renforcement de la capacité des collectivités quant à l'exécution des activités communautaires de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques. Cette initiative a entraîné la création d'activités promotionnelles, de vidéos et de programmes nombreux et variés de vie saine visant la réduction des facteurs de risque de maladie chronique.

- Dans le cadre de l'initiative de soins palliatifs intégrée, on a retenu les services d'un coordonnateur provincial pour qu'il apporte un leadership et un soutien aux régions sociosanitaires en vue de la mise en application de leurs activités de planification stratégique et de la mise en œuvre du modèle de prestation des services de soins palliatifs. Les employés de première ligne qui sont responsables des soins palliatifs ont reçu une formation sur les principes essentiels des soins palliatifs, tandis que les équipes des ressources cliniques (médecin, infirmières, travailleur social, pharmacien, coordonnateurs bénévoles du centre de soins palliatifs et conseillers spirituels) ont eu une formation accrue pour appuyer les médecins et les employés de première ligne chargés de la prestation des soins palliatifs aux clients et aux familles. Le modèle de prestation des services a été intégré à l'échelle de la province, et les clients sont inscrits aux programmes de soins palliatifs offerts par tous les établissements de soins. La planification des soins à l'intention des clients et des familles s'effectue au moyen d'un outil commun d'évaluation des soins palliatifs.

Ressources

- Cinq centres de santé familiale et équipes de pratique collaborative
- Activités et programmes nombreux et variés de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques

- Modèle de prestation des services de soins palliatifs reconnu à l'échelle nationale
- Équipes de ressources cliniques en soins palliatifs

Apprentissages clés

Les centres de santé familiale sont actuellement au service d'environ 22 800 personnes (16 p. 100 de la population de l'Î.-P.-É.). L'établissement d'une pratique collaborative nécessite un acharnement et un dévouement en matière de temps, d'énergie, de soutien et de ressources; on ne met pas en place une telle pratique seulement en réunissant au même endroit des professionnels de la santé. Jusqu'à ce jour, les employés de 25 centres de santé familiale ont eu ensemble 61 jours de formation, tandis que sept employés ont reçu un certificat universitaire en collaboration en soins de santé primaires.

C'est d'abord en faisant mieux connaître le rôle d'une personne par rapport à son propre état de santé que l'on doit changer le comportement à l'égard de la santé. Les efforts déployés pour l'exercice d'un véritable impact doivent aller au-delà des limites traditionnelles du système formel de santé. Une fois établis et définis, les partenariats avec les autres secteurs gouvernementaux, les ONG, les municipalités et les collectivités peuvent constituer les avantages et les forces d'une approche axée sur de nombreux facteurs de risque en vue d'une vie saine.

En janvier 2005, le programme de soins palliatifs intégrés de l'Î.-P.-É. a été l'une des six initiatives (et la seule en soins palliatifs) désignées par le Conseil canadien de la santé comme une pratique exemplaire. Les volets du modèle qui en font une pratique exemplaire comprennent une pratique collaborative en place dans les disciplines et les établissements de soins, une admissibilité coordonnée aux programmes, une approche axée sur les clients et les familles, et l'outil commun d'évaluation des soins palliatifs.

Contribution approuvée : 6 526 879 \$

Personne ressource

Donna MacAusland
Analyste des soins primaires
Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard
Téléphone : 902-368-6508
Courriel : ddmacausland@ihis.org

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Initiative de soins de santé primaires à Terre-Neuve-et-Labrador

Enveloppe provinciale et territoriale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador

Contexte et objectifs

Cette initiative fait partie des efforts continus déployés par Terre-Neuve-et-Labrador pour réformer son système de soins de santé primaires (SSP). Elle s'inscrit dans la foulée des initiatives suivantes : *Healthier Together: A Strategic Plan for Newfoundland and Labrador* (2002) [Pour améliorer notre santé ensemble : un plan stratégique pour Terre-Neuve et Labrador]; création du Bureau des soins de santé primaires et d'un comité consultatif provincial sur les SSP (2002); et cadre provincial de prestation des SSP intitulé *Moving Forward Together: Mobilizing PHC* (2003) [La voie de l'avenir : les soins de santé primaires]. Les SSP s'inspirent de ce cadre et comprennent une gamme et un équilibre de services qui privilégient la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, le diagnostic et le traitement des blessures et des maladies épisodiques et chroniques, ainsi que l'incitation auprès des personnes, des familles et des collectivités à se maintenir en bonne santé. La nouvelle orientation préconisait l'adoption d'une approche interdisciplinaire et collective à l'égard de la prestation des services. Cette approche visait la prestation des SSP par des équipes à au moins cinquante pour cent de la population de la province au plus tard en 2010. La présente initiative provinciale représente une suite de cette approche. Ses objectifs sont les suivants : accroître l'accessibilité et la durabilité des SSP; favoriser la prestation de services complets, intégrés et fondés sur des données probantes; promouvoir l'autonomie et la santé chez les citoyens et les collectivités; et renforcer la responsabilité et la satisfaction des professionnels de la santé.

Activités

Au cours des quatre années d'exécution de l'initiative (2002–2006), on a entrepris un large éventail d'activités.

Pour permettre à une proportion plus grande de la population d'avoir accès aux SSP fournis par des organismes, qui sont responsables de la prestation prévue d'un ensemble défini de services complets destinés à une population déterminée, on a organisé des activités dont les objectifs étaient les suivants :

- Élaborer, mettre en œuvre et évaluer un cadre provincial de prestation des SSP;
- Intégrer l'ensemble des services dans tout le continuum (de la

prévention primaire aux maladies aiguës et épisodiques) quant à la prestation des SSP;

- Aider les équipes de SSP (qui sont au service de populations de 6 000 à 25 000 habitants) à donner des services interdisciplinaires selon les besoins des populations.

Pour mettre davantage en relief la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures ainsi que la gestion des maladies chroniques (GMC), les équipes responsables des SSP de toutes les régions desservies ont mis au point et exécuté avec succès les démarches suivantes :

- Création de comités consultatifs communautaires;
- Renforcement des activités de mieux-être;
- Mise en place de l'initiative *Diabetes Collaborative*.

Pour que les services essentiels soient accessibles 24 heures sur 24, sept jours sur sept, on a créé des activités centrées sur :

- l'amélioration du transport d'urgence dans certaines régions;
- la mise en œuvre d'une ligne téléphonique provinciale disponible 24 heures sur 24, sept jours sur sept, qui donne accès à des infirmières.

Pour constituer des équipes interdisciplinaires de SSP et voir à ce que les soins les plus adéquats soient donnés par les fournisseurs les plus compétents, on a conçu des activités privilégiant :

- l'obtention de l'appui des dirigeants provinciaux à l'égard de l'apport des changements liés aux SSP;
- la création et l'évaluation continue de huit équipes de SSP, et l'assurance de leur perfectionnement à titre d'équipes (détermination des cadres de fonctions, activités de collaboration liées à la GMC, modules de formation de l'initiative *Building a Better Tomorrow* [Assurer un meilleur avenir], perfectionnement professionnel et établissement de partenariats avec le système d'enseignement interprofessionnel de la santé en vue du perfectionnement interprofessionnel avant et après l'obtention du permis d'exercer);
- l'ouverture de la discussion sur le financement des médecins et les accords contractuels avec ceux-ci.

Pour favoriser la coordination des SSP et leur intégration aux autres services de santé, on a mis en place des activités axées sur :

- l'incitation auprès des fournisseurs à collaborer;



- l'établissement de liens officiels avec les services secondaires et tertiaires par les activités de collaboration liées à la GMC;
- le partage de renseignements électroniques sur la santé au moyen de documents institutionnels et communautaires, de rapports médicaux, de la télésanté ainsi que des autosoins et des télésoins;
- l'initiation de partenariats—ce qui a contribué à la conception et à l'approbation d'un cadre provincial avec l'appui d'un conseil consultatif provincial, de groupes de travail et du département de médecine familiale et de collaboration interprofessionnelle de l'Université Memorial de Terre-Neuve—de même que l'établissement d'une communication et de liens permanents avec des associations ou des syndicats.

Ressources

- *Physician Funding Payment Model Discussion* (document) [Débat sur les modèles de rémunération des médecins]

Apprentissages clés

Malgré certaines difficultés importantes (rémunération à l'acte pour la majorité des médecins, grandeur du territoire géographique et faible densité de la population de la province, et problème du maintien d'un réseau de santé autochtone parallèlement au système de santé de la province), Terre-Neuve-et-Labrador a pu faire progresser son programme de réforme des SSP par la présente initiative. Huit équipes de SSP ont été mises en place. Trois autres équipes en sont aux premières étapes de la mise en œuvre de propositions, alors que trois équipes mettent la dernière touche aux leurs. Les équipes ont élaboré les propositions en s'inspirant des besoins de la population. De nombreux professionnels ont participé à la constitution des équipes en plus de collaborer à la mise en application des processus de cadres de fonctions. De plus, les résultats des premières évaluations démontrent une évolution positive vers un travail d'équipe accru. Les équipes de SSP de toutes les régions ont créé des comités consultatifs communautaires. En outre, en collaboration avec les responsables de la coalition provinciale de la stratégie de mieux-être et du mieux-être régional, elles ont toutes augmenté leur soutien aux initiatives qui favorisent le mieux-être. Les activités de collaboration liées à la GMC ont été mises au point dans sept régions rurales représentées par des équipes de SSP, tandis qu'elles en sont à leur tout premier stade de mise en œuvre en milieu urbain. Les processus d'évaluation ont été établis en bonne et due forme pour toutes les régions représentées par des équipes de SSP en ce qui concerne les projets spéciaux (comme le partage accru de l'information). De plus, des partenariats ont été conclus avec des universités en vue d'un enseignement supérieur et d'un perfectionnement

professionnels. Des partenariats ont été créés également avec le Newfoundland and Labrador Centre for Health Information quant à la progression de plusieurs initiatives de gestion de l'information en vue de leur évaluation et de leur orientation éventuelle (partage de renseignements électroniques sur la santé, télésanté, dossiers médicaux électroniques [DME] et système de classification ICPC2 pour les SSP).

Le cadre provincial de même que l'infrastructure qui a été développé ont favorisé les activités de renouvellement des SSP dans la province et appuieront les régions qui seront éventuellement représentées par des équipes de SSP. Ils soutiendront également la mise en œuvre de l'ensemble des stratégies provinciales de la santé pour ce qui est de la prestation des services. En outre, le renouvellement des SSP se poursuivra par le biais de facteurs comme : la collaboration avec les intervenants; le renforcement des capacités pour les fournisseurs et les dirigeants; la recherche de possibilités d'intégration des modules de l'initiative *Building a Better Tomorrow* et des processus liés aux normes de pratique dans la pratique professionnelle; l'apprentissage selon un rythme personnel et les adaptations sur le Web de certains outils; le leadership en ce qui concerne les SSP au niveau de la direction dans les régies régionales intégrées; l'étude de possibilités de poursuivre l'enseignement supérieur et le perfectionnement professionnel avec l'Université Memorial et le College of North Atlantic; et l'intégration d'un leadership provincial en matière de SSP dans la structure actuelle du ministère de la Santé et des Services communautaires.

De l'avis des organisateurs de l'initiative, la plupart des mesures prises—propositions, cadres de fonctions, modules de l'initiative *Building a Better Tomorrow* et activités de collaboration liées à la GMC—seront utiles pour les autres ministères et les divisions au sein du ministère de la Santé et des Services communautaires, les régies régionales intégrées ainsi que les autres administrations et organismes.

Contribution approuvée : 9 705 620 \$

Personne ressource

Sheila Miller
Directrice, Planification et évaluation
Ministère de la Santé et des Services communautaires
Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador
Téléphone : 709-729-7075
Courriel : millers@gov.nl.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Enveloppe multigouvernementale

L'Enveloppe multigouvernementale appuyait des initiatives de collaboration entre deux ou plusieurs gouvernements provinciaux ou territoriaux. Elle offrait aux gouvernements une occasion unique de travailler ensemble sur le renouvellement des soins de santé primaires. Grâce à cette enveloppe, les gouvernements unissaient leurs efforts afin :

- de réaliser des économies d'échelle;
- de favoriser le partage des points forts et de l'expérience dans l'ensemble des gouvernements;
- d'accroître l'efficacité en évitant les dédoublements d'effort;
- de surmonter les obstacles communs au renouvellement des soins de santé primaires.

Les initiatives financées dans le cadre de l'Enveloppe multigouvernementale visaient à appuyer et à compléter les activités de renouvellement des soins de santé primaires mises au point par les provinces et les territoires en vue d'obtenir du financement en vertu de l'Enveloppe provinciale et territoriale plus large du FASSP.



Assurer un meilleur avenir : Engagement des fournisseurs actuels dans un système renouvelé de soins de santé primaires dans les provinces de l'Atlantique

Enveloppe multigouvernementale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse; avec le ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador; le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick; le ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard; l'Université Dalhousie; l'Université Memorial de Terre-Neuve

Contexte et objectifs

On ne peut renouveler les soins de santé primaires sans prendre des dispositions pour renseigner les personnes les plus touchées par les changements : les fournisseurs de soins de santé primaires. Étant donné le rôle de la collaboration interdisciplinaire en ce qui concerne la progression de la réforme en soins de santé primaires et compte tenu du fait que le passage à des soins de santé interdisciplinaires nécessiterait que les fournisseurs développent de nouvelles compétences et adoptent de nouveaux comportements, les quatre provinces de l'Atlantique, soit la Nouvelle-Écosse (la province porte-parole), le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador, ont entrepris l'initiative *Assurer un meilleur avenir*, qui visait à élaborer un programme de formation interprofessionnelle destiné à donner aux fournisseurs la préparation et les outils dont ils ont besoin pour travailler avec succès avec les autres, en équipe, et pour prodiguer des soins différemment.

Activités

Cette initiative, en vigueur d'avril 2003 à septembre 2006, a permis d'entreprendre les activités suivantes dans le cadre de l'élaboration et de la prestation des modules de formation :

- *Analyse complète des besoins* : Cette activité a été effectuée avant l'élaboration du contenu du programme en collaboration avec la division de l'enseignement médical continu de l'Université Dalhousie.
- *Conception de la méthode de prestation* : Cette activité consistait à tester les divers modules en collaboration avec différents intervenants et à recueillir leurs commentaires.
- *Stratégie de prestation* : La formation a été présentée en personne et au moyen de modules d'apprentissage informatiques, de vidéoconférences et de cours de formation à distance sur le Web par la division de l'enseignement médical continu de l'Université Memorial. La stratégie de prestation combinait des ressources spécialisées et de « formation des formateurs », selon le cas. En date du 31 août 2006, 683 modules avaient été présentés à 8 891 participants au total, y compris des infirmières et des infirmiers, des médecins, des travailleuses et travailleurs sociaux, des pharmaciennes et des pharmaciens ainsi que d'autres promoteurs et professionnels de la santé alliés. De plus, 751 participants à l'échelle des provinces de l'Atlantique avaient reçu un certificat des universités Dalhousie et Memorial pour avoir terminé avec succès au moins cinq des sept modules de formation.



Ressources

L'initiative a contribué à l'élaboration de sept modules de base *Assurer un meilleur avenir* sur des sujets particulièrement choisis afin de mettre l'accent sur les concepts de déterminants de la santé, de la santé de la population et de la promotion de la santé et d'aider les professionnels à former des équipes multidisciplinaires :

- Compréhension des soins de santé primaires
- Établissement des relations communautaires
- Promotion du travail d'équipe (deux modules)
- Résolution de conflits
- Facilitation de l'apprentissage des adultes (deux modules)
- Dossier électronique du patient
- Planification et évaluation du programme

Apprentissages clés

Assurer un meilleur avenir a rassemblé des milliers de professionnels de soins de santé et leur a permis d'apprendre comment travailler efficacement en équipe et prodiguer des soins de santé différemment. L'initiative a contribué à mettre en valeur un très grand potentiel de changement au sein des régions, des quartiers et des collectivités des provinces de l'Atlantique. Un grand nombre de participants à l'initiative *Assurer un meilleur avenir* ayant terminé les modules de formation croient qu'ils sont maintenant des leaders et des champions dans les quatre provinces et qu'une masse importante partage une même vision concernant les objectifs à atteindre en matière de

soins de santé primaires. En d'autres mots, on perçoit un véritable vent de changement. Sur le plan de la durabilité, toutes les provinces de l'Atlantique ont adopté les modules et les programmes de base de l'initiative *Assurer un meilleur avenir* dans le cadre de leurs programmes de formation actuels, au sein de leurs administrations et de leurs régions respectives. Intégrer le programme aux processus d'accréditation existants assurera aux fournisseurs de soins de santé actuels et à venir de recevoir la formation. Les provinces peuvent également exploiter et soutenir les partenariats et les relations grâce aux comités de l'éducation à l'échelle provinciale, lesquels ont été établis dans chaque province de l'Atlantique pour contribuer à élaborer un contenu de cours et à explorer les possibilités d'intégration du contenu aux programmes offerts avant et après l'octroi du permis d'exercer. Les personnes qui ont conçu cette initiative notent que l'expérience et les connaissances qu'ils retirent du fait d'avoir conçu une initiative multigouvernementale de collaboration telle que *Assurer un meilleur avenir* sont de bon augure pour les possibilités à venir en matière de soins de santé primaires.

Contribution approuvée : 7 011 126 \$

Personne ressource

Merv Ungurain
Conseiller supérieur, Soins de santé primaires
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
Téléphone : 902-424-5859
Courriel : unguramg@gov.ns.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Autosoins-télésoins

Enveloppe multigouvernementale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick; avec le ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador; le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse; le ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard; le ministère de la Justice du Nouveau-Brunswick; le ministère de la Justice de Terre-Neuve-et-Labrador; le ministère des Affaires intergouvernementales du Nouveau-Brunswick; le Secrétariat des affaires intergouvernementales de Terre-Neuve-et-Labrador

Contexte et objectifs

Les quatre provinces de l'Atlantique (Terre-Neuve-et-Labrador, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard) ont abordé le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) en proposant d'envisager la possibilité d'établir un système de télétriage et d'information sur la santé dans les deux langues officielles pour l'ensemble du Canada atlantique. La présente initiative visait à accroître les occasions pour le public d'accéder à des renseignements utiles, exacts, fondés et à jour sur la santé qui pourraient exercer une influence positive sur l'utilisation de ressources de soins de santé ainsi que le comportement des personnes et leur capacité de demeurer en bonne santé. De façon particulière, l'initiative avait comme objectif de concevoir, de proposer et de mettre en oeuvre un plan d'activités en vue de la mise en place de :

- lignes sans frais pour permettre au public d'obtenir un triage par symptômes, des renseignements généraux sur la santé, de l'information sur les ressources de santé, des services antipoison ainsi que des renseignements sur la rage et le virus du Nil occidental;
- services automatisés d'audiomagnétothèque au moyen des mêmes lignes sans frais en vue de la prestation de conseils sur des sujets liés à la santé;
- services offerts sur le Web en vue de la prestation de renseignements sur la santé et d'un accès aux services d'employés qualifiés qui répondraient aux questions relatives à la santé.

Les services de télésanté devaient être fournis à partir de centres de contact en service 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et par des infirmières et infirmiers autorisés chevronnés, qui devaient respecter

des algorithmes et protocoles fondés sur l'expérience clinique. Le Nouveau-Brunswick offrait déjà un service opérationnel de télésoins; par conséquent, la présente initiative visait à mettre à profit l'expertise et les ressources disponibles par le biais de ce service.

Activités

Dans le cadre de l'initiative triennale (2003– 2006), on a entrepris les activités essentielles suivantes :

- Mettre sur pied un comité directeur, qui serait composé de représentants des quatre provinces. Ce comité a présenté une orientation stratégique, supervisé le projet et agi à titre de liaison avec plusieurs organismes provinciaux; le Nouveau-Brunswick, en tant que province chef de file, a présidé ce comité;
- Évaluer les besoins dans toutes les provinces (sauf à l'Île-du-Prince-Édouard, qui avait effectué une évaluation semblable en 2002) et exécuter une analyse du contexte quant aux programmes de télésoins en place au Canada;
- Préparer des plans provinciaux d'activités pour établir les coûts des diverses options à l'étude et élaborer un plan de mise en oeuvre de même qu'un calendrier; ces documents ont tous été présentés aux principaux intervenants des quatre provinces de l'Atlantique;
- Amorcer des négociations pour établir la relation avec l'exploitant privé des centres de contact (Clinidata Corp.), et rédiger un protocole d'entente pour définir les liens entre les provinces participantes;
- Élaborer et mener des campagnes de marketing et de promotion dans les provinces participantes;
- Acquérir des biens d'équipement; ouvrir, en septembre 2006, trois centres de contact à Terre-Neuve-et-Labrador et renforcer les deux centres déjà en place au Nouveau-Brunswick.



Une firme externe de consultation a évalué l'initiative pendant la période de juin à septembre 2006.

Ressources

- Les centres de contact offrent au public des lignes sans frais pour leur permettre d'obtenir un triage par symptômes, des renseignements généraux sur la santé ainsi que de l'information sur les ressources de santé dans les deux langues officielles.
- Des documents importants de planification, dont une analyse du contexte, un plan d'activités et un protocole d'entente, ont été mis au point.

Apprentissages clés

La mise en œuvre de la présente initiative a été beaucoup plus complexe que prévu au préalable. L'établissement d'un consensus entre toutes les provinces quant aux modèles de gouvernance et au rôle du secteur privé a posé de multiples problèmes. La négociation entre les provinces et au sein d'elles-mêmes a duré longtemps et a nécessité beaucoup de détermination. La création et la promotion d'une vision commune ont été essentielles à la réussite de l'initiative. Même si les provinces ont conclu de haute lutte une entente à cet égard, des défis constants, comme la législation relative à la protection de la vie privée, pouvaient encore compromettre ce succès.

La Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard ont décidé de ne pas participer à l'initiative en raison des coûts élevés d'exploitation. Si ces provinces décidaient éventuellement de mettre en place des services d'autosoins et de télésoins, elles pourraient tirer parti de l'expérience des autres provinces de l'Atlantique. Elles réaliseraient ainsi des économies d'échelle et accroîtraient l'efficacité des services en évitant tout chevauchement d'efforts.

Malgré les restrictions et défis qu'elle a entraînés, l'initiative a permis d'obtenir d'importants succès :

- Création d'un modèle de gouvernance en vue de la gestion de services intergouvernementaux et répartis sur plusieurs emplacements;
- Négociation d'une entente entre deux provinces à l'appui du modèle de gouvernance;

- Ouverture d'un centre de contact réparti sur plusieurs emplacements dans des régions rurales de Terre-Neuve-et-Labrador;
- Acquisition et installation des biens d'équipement nécessaires pour le centre de contact de Moncton afin de desservir les régions de Terre-Neuve-et-Labrador et de mettre l'infrastructure en position favorable en vue d'une croissance éventuelle;
- Plus grande mise en évidence des autosoins et des télésoins à l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse, et progression dans ces provinces de l'initiative sur le plan des processus de budgétisation et d'approbation de programmes.

Les autosoins-télésoins ont amélioré la collaboration non seulement entre les instances, mais également au sein des organismes gouvernementaux et de soins de santé des provinces. Plus important encore, ils ont favorisé une meilleure utilisation des ressources de soins de santé déjà en place. Parmi les 478 clients qui ont eu recours aux services de télésanté et ont été interrogés au Nouveau-Brunswick pendant la période de janvier à avril 2006, 56 p. 100 ont mentionné qu'ils se seraient rendus à l'urgence si ces services n'avaient pas été offerts. En outre, l'initiative a renforcé l'équité en matière d'accès aux services de santé; en effet, les intervenants ont vu à ce que les services d'information et de conseils de santé soient faciles d'accès dans les collectivités rurales comme urbaines.

Les provinces participantes se sont engagées à assurer les frais d'exploitation de ces services pour que leur prestation se poursuive. Elles étudieront la possibilité d'élargir les services actuellement offerts (par exemple, les appels de départ et la gestion des maladies chroniques).

Contribution approuvée : 6 940 266 \$

Personne ressource

Ken Ross

Sous-ministre adjoint, Services de traitement des dépendances et de santé mentale

Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Téléphone : 506-453-3888

Courriel : ken.ross@gnb.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Infostructure de gestion des maladies chroniques pour l'Ouest du Canada

Enveloppe multigouvernementale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Gouvernement de l'Alberta (instance dirigeante au nom du Western Health Information Collaborative); avec le ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique; le ministère de la Santé de la Saskatchewan; le ministère de la Santé du Manitoba

Contexte et objectifs

Les maladies chroniques ont des répercussions importantes sur les patients ainsi que l'ensemble du système de soins de santé. L'initiative de gestion des maladies chroniques du Western Health Information Collaborative (WHIC) [partenariat de l'Ouest en information sur la santé] a résulté des besoins des cliniciens qui souhaitaient avoir des renseignements cliniques adéquats et disponibles au moment opportun sur les maladies chroniques. L'objectif général de l'initiative, qui consistait à favoriser la gestion des maladies chroniques par un meilleur accès à cette information pour les cliniciens, ne pouvait être atteint qu'au moyen de la formulation des données cliniques dans un format compatible et commun et de leur incorporation dans un dossier intégré et accessible de santé électronique. L'initiative a privilégié l'élaboration de normes d'échange de données et de messages à l'appui de la gestion des maladies chroniques. Elle a englobé, entre autres, une transition vers la mise en œuvre de cette infrastructure, ou « infostructure », d'information sur la santé dans les systèmes informatiques des instances partenaires.

Les objectifs précis de l'initiative étaient les suivants :

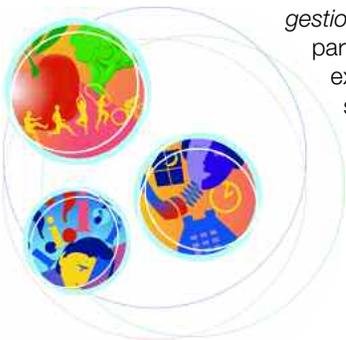
- Établir, définir et normaliser les ensembles de données de base et les messages relativement à l'échange d'information pour trois maladies chroniques, à savoir le diabète, l'hypertension et les maladies chroniques du rein;
- Mettre au point les messages et normes de données déterminés pour faciliter la gestion des maladies chroniques dans quatre instances; et
- Évaluer le projet et mettre en place l'infostructure de gestion des maladies chroniques de façon à en assurer l'application et la durabilité.

Activités

L'initiative a été entreprise en juillet 2003 et s'est terminée en septembre 2006. Voici les activités particulières qui ont été mises en œuvre :

- *Évaluation de l'infostructure actuelle de gestion des maladies chroniques.* Les participants à quatre ateliers régionaux ont examiné des politiques, outils et systèmes provinciaux, nationaux et internationaux;

- *Étude des exigences opérationnelles communes d'une équipe interdisciplinaire de soins de santé primaires pour chacune des maladies.* On a analysé les pratiques cliniques exemplaires ainsi que les exigences liées aux données sur la surveillance médicale, en plus de concevoir un plan détaillé des exigences communes en matière de fonctionnement et d'information;
- *Mise en place d'un cadre de gestion de l'information.* On a utilisé un modèle de gestion des maladies chroniques pour orienter le respect des exigences relatives aux données sur les maladies, l'assurance de la qualité des données et l'application des processus de normalisation;
- *Mise au point de normes de données sur la gestion des maladies chroniques conformément aux définitions, aux valeurs et au vocabulaire communs.* Il s'agit d'une activité intensive qui a exigé du temps pour l'établissement d'un consensus et la collaboration;
- *Définition de spécifications pour les messages fondés sur des normes au moyen de la version 3 de HL7.* Cette activité a prévu une interopérabilité des systèmes d'information à l'échelon local, régional, provincial et, finalement, national, ce qui a entraîné le transfert électronique des données sur la gestion des maladies chroniques d'un emplacement à un autre;
- *Activités de soutien et de planification de la mise en œuvre.* Ces activités ont englobé le recueil de ressources et de documents en vue de la création d'une trousse de mise en œuvre, ainsi que la promotion des normes à l'occasion de conférences et d'autres forums;
- *Mise en œuvre dans les quatre provinces.* La mise en œuvre a été axée sur le renforcement des systèmes déjà utilisés dans chaque province. Toutes les instances ont sélectionné au moins deux sites de mise en œuvre. La Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Manitoba ont collaboré à la mise en valeur de l'application de la trousse de gestion des maladies chroniques, qui avait d'abord été conçue par la Colombie-Britannique. La nouvelle version de cette trousse, qui soutient les normes de données sur la gestion des maladies chroniques du WHIC, est appliquée dans chacune des trois provinces. Elle le sera également par le gouvernement du Yukon (qui n'a pas participé directement à la concrétisation de l'initiative, mais qui tirera profit des résultats qui en découleront). En outre, deux régions sanitaires importantes de l'Alberta ont collaboré à la mise en œuvre des normes de données dans leurs systèmes régionaux de gestion des maladies chroniques. Dans les quatre provinces, environ



2 000 cliniciens ont accès depuis le 30 septembre 2006 aux données électroniques sur les maladies chroniques.

Un cadre d'évaluation, conçu préalablement, était axé sur les résultats de l'initiative plutôt que sur ses effets sur le système de santé. Le plan de diffusion de renseignements et de communication avait comme objectif le partage de renseignements avec les intervenants internes et externes. On voulait ainsi leur transmettre cette information, établir un consensus, obtenir leur approbation et connaître leur point de vue.

Ressources

- Site Web de l'initiative : www.whic.org/public/profiles/cdm.html
- Modèle générique de maladies chroniques qui constitue un cadre en vue de l'élaboration de normes
- Document sur les exigences opérationnelles communes
- Documentation traitant des normes de données sur la gestion des maladies chroniques
- Documentation sur les normes de messages de la version 3 de HL7
- Documents d'évaluation (cadres, stratégies et rapports finaux) et de présentation

Apprentissages clés

L'initiative d'infrastructure de gestion des maladies chroniques du WHIC a facilité l'accès aux données électroniques sur la gestion des maladies chroniques pour un plus grand nombre de cliniciens. La capacité d'évaluer l'état des patients représente un sous-produit concret des données électroniques sur la gestion des maladies chroniques. L'initiative a permis d'accélérer la formation d'équipes interdisciplinaires dans les sites provinciaux de mise en œuvre, en plus de favoriser le partage de données cliniques sur la gestion des maladies chroniques. De plus, elle a suscité des commentaires positifs, ce qui démontre que la documentation sur les normes est complète et bien structurée et qu'il est possible d'y naviguer facilement.

L'élaboration de normes de données fiables, extensibles et crédibles sur le plan clinique s'est concrétisée par la participation de nombreux cliniciens à des ateliers provinciaux de même que les activités du groupe consultatif clinique de la gestion des maladies chroniques du WHIC. Ces travaux ont entraîné une collaboration intense entre les ressources cliniques et relatives aux activités de quatre provinces. De plus, ils constituent un modèle en vue des prochaines démarches. La composition des participants aux ateliers a nécessité une attention particulière à l'égard de la présentation des documents et de l'animation. Le comité directeur de la gestion des maladies chroniques a relevé le défi qui consistait à établir un consensus pour des éléments comme l'acquisition

de ressources et l'approche à préconiser aux ateliers. Les rencontres en personne ont peut-être été coûteuses et chronovores, mais elles ont été essentielles à la réussite de l'initiative. L'engagement et les efforts continus des principaux participants ont également joué un rôle primordial.

Les processus qui ont servi à l'atteinte d'un consensus et à l'élaboration de normes de gestion des maladies chroniques ont rendu ces normes très crédibles. La définition des spécifications pour les messages de la version 3 de HL7 a constitué un volet essentiel de l'initiative. Ce travail a requis une association importante de ressources cliniques, de ressources de HL7 et d'analystes des activités. La norme HL7 constitue la norme industrielle pour l'échange de renseignements sur la santé. Par contre, lors de l'initiative, on s'est rendu compte que les coûts relatifs à la définition des spécifications des messages de HL7 et à leur mise en œuvre étaient élevés.

Toutes les provinces participantes procèdent actuellement à la mise au point des normes pour les maladies ciblées, soit le diabète, l'hypertension et les maladies chroniques du rein, ainsi que diverses autres maladies chroniques. L'élaboration de normes de gestion des maladies chroniques dans un cadre générique a permis de constater qu'il était possible de traiter de nouvelles maladies sans pour autant apporter de changements importants aux données et aux définitions des messages. Les provinces se préparent activement à intégrer ces normes aux travaux de plus grande ampleur sur les dossiers de santé électronique. La réussite de la conception de normes de données dans les quatre provinces représente un atout important puisque les efforts déployés s'orientent vers l'adoption pancanadienne des normes et la mise en œuvre des messages dans les produits des fournisseurs. L'initiative a permis de sensibiliser davantage la population du pays à l'égard de la gestion des maladies chroniques dans la prestation des soins de santé primaires. En outre, les travaux de gestion des maladies chroniques effectués par le WHIC ont contribué à faire progresser le programme du processus de renouvellement des soins de santé primaires.

Contribution approuvée : 8 000 000 \$

Personne ressource

Linda Miller
Sous-ministre adjointe
Information Strategic Services Division (Division des services stratégiques de l'information)
Ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta
Téléphone : 780-415-1501
Courriel : linda.miller@gov.ab.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Intégration des soins primaires dans l'équipe multidisciplinaire : Traitement en collaboration des toxicomanies et des troubles connexes

Enveloppe multigouvernementale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction (CARMHA), Université Simon Fraser (anciennement la Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit de l'Université de la Colombie-Britannique); avec le gouvernement du Yukon; le gouvernement de la Colombie-Britannique; santé mentale et toxicomanie, région d'Okanagan, Interior Health Authority; services de soins de santé mentale et de toxicomanie, North Shore/Coast Garibaldi HSDA, Vancouver Coastal Health Authority; services en matière de santé mentale et d'abus de drogues ou d'alcool, ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon; Yukon Family Services Association

Contexte et objectifs

Les personnes atteintes de troubles de santé mentale souffrent souvent aussi de problèmes de toxicomanie. Comme on tarde encore à reconnaître ce fait, les individus en question ne reçoivent pas les traitements appropriés. Ils courent le risque de passer à travers les mailles du système, car en général, les services de soins de santé primaires et les services spécialisés en matière de santé mentale et de toxicomanie fonctionnent indépendamment les uns des autres. La présente initiative visait l'intégration des services et le développement du travail en collaboration. Elle reposait sur trois objectifs principaux : améliorer la prévention ainsi que le repérage et le traitement des personnes atteintes de troubles connexes; améliorer l'efficacité, l'efficacités et l'accessibilité des services de soins de santé primaires à l'intention de ces personnes; intégrer des ressources collectives et régionales consacrées aux services de soins de santé mentale et de toxicomanie au sein d'un cadre multidisciplinaire de travail en collaboration.

Activités

Cette initiative s'est déroulée de 2003 à 2006 et comprenait des activités clés pour établir des liens entre les services en matière de santé mentale, de toxicomanie et de soins de santé primaires, dont :

- la mise en place d'un processus de modification du système en huit étapes (inspiré du modèle de John P. Kotter) pour améliorer les liens et les relations de travail entre les services relatifs à la santé mentale, à l'abus de drogues et d'alcool et aux soins de santé primaires;
- la mise sur pied d'équipes multidisciplinaires de soins de santé concertés dans trois régions (deux en Colombie-Britannique pour les secteurs d'Okanagan centre et de la rive nord, et une pour le territoire du Yukon). Chaque équipe s'est dotée d'une approche adaptée aux besoins locaux;
- la fondation de la National Health Sciences Student Association [association nationale des étudiantes et étudiants en sciences de la santé] à titre de moyen de favoriser une approche multidisciplinaire des soins concertés. L'association visait à faire le pont entre les disciplines sociales et sanitaires. Des conférences étudiantes nationales se sont tenues en janvier 2005 et 2006. L'association regroupe 19 écoles de services sanitaires et sociaux, et 14 sections locales de l'association ont été créées ;
- la mise en œuvre d'un plan d'évaluation afin de mesurer les progrès accomplis dans la poursuite des objectifs; on a établi une base de référence en mars 2005 et l'évaluation a eu lieu un an plus tard.



Ressources

- Processus de modification en huit étapes
- Outils et ressources à l'appui de la modification de l'organisation des soins concertés et des pratiques correspondantes, accessibles à l'adresse suivante : **www.collaborativecare.ca** (les outils sont répartis entre différentes catégories : planification, communication, formation, pratique clinique, administration et évaluation)
- La National Health Sciences Student Association, ses sections locales et ses bulletins (**www.nahssa.ca**)

Apprentissages clés

Selon les conclusions préliminaires, l'initiative aurait eu un effet favorable sur les pratiques des médecins et sur l'organisation et la prestation des services de soins de santé mentale et de toxicomanie. Les fournisseurs de services ont constaté l'amélioration de la collaboration et la modification des pratiques, changements qui ont à leur tour entraîné l'amélioration des services. Les clients aux prises avec un problème d'abus de drogues ou d'alcool jouissent maintenant d'un accès accru aux soins de santé. À titre d'exemple, la collaboration, au sein d'une région, entre une clinique de santé mentale et une équipe de soins de santé primaires a permis de traiter cinq fois plus de patients qu'une clinique de santé mentale traditionnelle.

Les pratiques exemplaires ont été intégrées à la planification et à la prestation des soins de santé primaires concertés au moyen de la formation et de la mise au point de protocoles, de lignes directrices et d'outils. Les équipes ont signalé l'amélioration de l'identification des troubles connexes. Les cliniciens qui travaillent au sein de ces équipes de soins concertés examinent beaucoup plus de clients aux prises avec des troubles connexes de toxicomanie et de santé mentale que leurs homologues au sein des services traditionnels du même type.

Chacune des trois régions assigne maintenant un rôle précis aux fournisseurs de soins au sein des équipes multidisciplinaires. Les résultats préliminaires indiquent la modification de l'attitude et des attentes des fournisseurs de services. Un sondage mené au sein

de régions participantes a révélé un appui accru à l'endroit des soins concertés, de meilleures relations de travail entre les différents fournisseurs de services et de meilleures pratiques. Des fournisseurs de tous les sites croient que ces changements ont permis aux patients d'accéder plus rapidement à de meilleurs soins et de réduire la stigmatisation dont ces patients faisaient l'objet.

Les conclusions de la National Health Sciences Student Association ont révélé que les programmes éducatifs interdisciplinaires et en milieu de travail donnaient aux étudiants l'occasion de connaître d'autres types de professionnels de la santé. Par l'entremise de l'association, les étudiants ont construit une relation de confiance et de respect avec leurs futurs partenaires de soins de santé en plus de faire l'expérience des soins d'équipe et de parfaire leurs connaissances à ce sujet.

Cette initiative de soins de santé était unique en son genre. En effet, elle exigeait la gestion de la modification du système, prévoyait le regroupement des services de soins de toxicomanie avec les services de soins de santé mentale et de soins primaires et a entraîné des réformes sur le plan des services cliniques. En mars 2006, on a fondé un laboratoire d'idées réunissant des intervenants clés de la Colombie-Britannique et de l'Ontario, spécialistes des soins concertés. Ce groupe a établi les principaux objectifs pour faire progresser le dossier des soins concertés, dont : démontrer les avantages et transférer les connaissances; solliciter la participation des bons intervenants pour élaborer une vision commune; veiller à la mise en place d'une infrastructure pour soutenir la gestion du changement; obtenir du financement.

Contribution approuvée : 1 500 000 \$

Personne ressource

Sherry Masters
Gestionnaire de projet, CARMHA
Téléphone : 604-886-8595
Courriel : sherrymasters@dccnet.com

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : **www.santecanada.gc.ca/fassp**.

Lignes d'infosanté

Enveloppe multigouvernementale

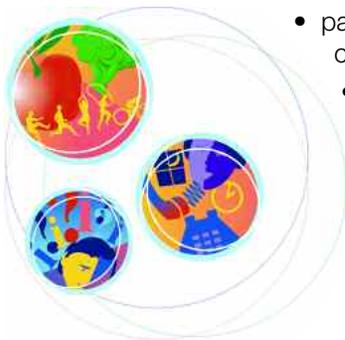
Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Alberta Health and Wellness; avec les gouvernements de la Colombie-Britannique, du Manitoba, des Territoires du Nord-Ouest, du territoire du Yukon, du Nunavut et de la Saskatchewan

Contexte et objectifs

Les lignes d'infosanté sont devenues un modèle accepté d'accès à des services de renseignements et de conseils en santé de haute qualité fondés sur des données probantes ainsi que de prestation de tels services, et elles continuent de se développer. Elles demeurent axées sur la promotion de la bonne utilisation des services de soins de santé, y compris des recommandations du service d'urgence. Il est possible d'utiliser des lignes d'infosanté pour créer des liens avec des organismes de soins de santé primaires afin de soutenir des clients et le système de santé de diverses façons. Pour ces raisons, sept compétences territoriales et provinciales du Canada ont travaillé ensemble dans le cadre de cette initiative afin d'étudier des problèmes communs liés à la planification, à la mise en œuvre et à la prestation de services de lignes d'infosanté. Cette initiative de collaboration multigouvernementale considérait les lignes d'infosanté comme faisant partie intégrante du système de soins de santé primaires. La vision des partenaires de l'initiative comprenait les éléments suivants :

- soutenir le système de soins de santé primaires en améliorant l'accès aux renseignements et aux services de santé;
- utiliser des lignes d'infosanté pour aider les compétences territoriales et provinciales en ce qui concerne la gestion des maladies chroniques;
- contribuer à l'utilisation efficace des services de santé;
- améliorer le maintien en poste du personnel, la qualité de la vie au travail du personnel et l'efficacité des activités relatives aux lignes d'infosanté;
- améliorer la durabilité en créant des économies d'échelle et en évitant le dédoublement;
- partager des compétences, des connaissances et des expertises;
- profiter de l'infrastructure pour fournir des voies d'accès de type « guichet unique » à la prestation d'une variété de services de santé.



Activités

L'initiative a commencé en septembre 2003 et s'est poursuivie durant trois ans. Divers consultants ont achevé le travail en réponse aux demandes de propositions émises par le comité directeur multigouvernemental. Des activités ont été groupées dans les cinq domaines de collaboration qui soutiennent la mise en œuvre et l'amélioration des lignes d'infosanté de chaque compétence territoriale et provinciale :

- *Formation du personnel* : On a effectué une évaluation de l'état actuel de la formation du personnel et des lignes d'infosanté, déterminé des compétences et élaboré un programme de formation du personnel.
- *Évaluation* : On a procédé à une évaluation de l'état actuel de l'efficacité des lignes d'infosanté. On a conçu des outils et des cadres servant à soutenir l'évaluation des lignes d'infosanté et on les a soumis à des essais sur le terrain. On a élaboré un énoncé des valeurs, un modèle de prévision des coûts et un cadre visant à effectuer une évaluation économique des lignes d'infosanté. Un guide de planification des activités a été créé et soumis à des essais sur le terrain au sein de trois compétences.
- *Promotion et marketing* : Les renseignements découlant d'une évaluation nationale et internationale de l'état actuel en ce qui concerne la promotion et le marketing de lignes d'infosanté ont servi à élaborer des stratégies, des processus et des documents communs. On a établi des partenariats avec la BC NurseLine et l'Institut national de la qualité et mis au point des « Trousses d'outils au travail » pour chaque compétence territoriale et provinciale.
- *Gestion des maladies chroniques* : On s'est livré à une évaluation de l'état actuel concernant l'utilisation des lignes d'infosanté afin de soutenir la gestion des maladies chroniques. On a appuyé trois projets de lignes d'aide sur la gestion des maladies chroniques : « Enhanced triage support for clients with diabetes » [Soutien accru du triage pour les clients atteints de diabète] (Alberta), « Integrated delivery of telehealth self-management support in

primary health care » [Prestation intégrée d'un soutien d'autogestion de la télésanté dans les soins de santé primaires] (Colombie-Britannique) et « Chronic disease management of congestive heart failure via telehealth » [Gestion de l'insuffisance cardiaque congestive grâce à la télésanté] (Manitoba).

- *Coordination et collaboration* : On a procédé à une évaluation du travail entre compétences territoriales et provinciales et tenu un symposium national sur les lignes d'infosanté en avril 2006 afin d'illustrer le travail de cette initiative de collaboration.

Ressources

- Le site Web de l'initiative : http://www.health.gov.ab.ca/key/Multi_Jurisdictional%20Health%20Lines%20Initiative.htm
- Un programme de formation à l'intention du personnel de direction en soins infirmiers et en santé
- L'outil d'autoévaluation de l'efficacité pour l'évaluation continue de l'efficacité des lignes d'infosanté
- Un guide de planification des activités pour faire connaître la planification et les processus décisionnels en ce qui concerne les lignes d'infosanté
- Un cadre d'évaluation et de contrôle
- Un livre blanc, *Improving the Sustainability of the Health Care System* [Améliorer la durabilité du système de soins de santé] (comprend un cadre d'évaluation économique fondé sur un modèle de prévision des coûts destiné aux services d'infosanté)
- Les trousseaux d'outils au travail
- Un plan de promotion et de marketing et une boîte à outils comprenant des stratégies et des documents communs
- Les modèles et les stratégies de gestion des maladies chroniques découlant de trois projets soutenus par le comité directeur multigouvernemental

Apprentissages clés

Au cours de l'initiative, le comité directeur multigouvernemental s'est penché sur la durabilité et a cherché des occasions de tirer profit des connaissances et des technologies qu'on trouve dans l'ensemble des compétences territoriales et provinciales. Des économies d'échelle importantes ont été générées grâce à l'élaboration de programmes, de cadres, de stratégies, de modèles, de rapports et d'outils communs susceptibles d'être utilisés pour élaborer et élargir ce service

dans tout le Canada. L'engagement et la participation de chaque compétence territoriale et provinciale concernant la formation de la collaboration ont contribué à la réussite globale de l'initiative. Le symposium national sur les lignes d'infosanté a créé des possibilités de réseautage et a ouvert la porte à une planification et à des discussions pancanadiennes sur l'orientation future des lignes d'infosanté.

Grâce au travail effectué dans le cadre des trois projets qui ont eu recours à des lignes d'infosanté afin de soutenir la gestion interdisciplinaire des maladies chroniques, le comité directeur multigouvernemental a reconnu que chaque compétence territoriale et provinciale abordait la gestion des maladies chroniques de manière différente et qu'il était possible de partager des renseignements, des observations et des expériences. Le comité directeur multigouvernemental estime que les modèles élaborés dans le cadre de ces projets peuvent être utilisés dans toutes les compétences territoriales et provinciales et qu'il serait possible de créer des centres d'excellence régionaux ou nationaux.

Sur le plan de la formation du personnel, l'initiative a permis de déterminer que le recours à des compétences constantes et définies en matière de recrutement et de gestion du rendement continu des nouveaux employés des lignes d'infosanté augmente sensiblement la sécurité du client et la qualité du service. Le programme de formation du personnel qui a été élaboré offre cette constance et pourrait être utilisé dans la transition vers l'élaboration et la certification d'un programme officiel.

La vaste gamme d'outils pratiques élaborés dans le cadre de l'initiative contribuera à l'évolution et à l'expansion de lignes d'infosanté. Les relations qui ont grandi continueront également de promouvoir la collaboration et de faire avancer les lignes d'infosanté et le renouvellement des soins de santé primaires.

Contribution approuvée : 6 813 600 \$

Personne ressource

Betty Jeffers
Directrice, Primary Care Unit [Unité des soins primaires]
Alberta Health and Wellness
Téléphone : 780-415-2843
Courriel : betty.jeffers@gov.ab.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Enveloppe nationale

L'Enveloppe nationale avait pour but de s'attaquer à certaines des lacunes et à certains des obstacles communs en ce qui concerne le renouvellement des soins de santé primaires, et de créer les conditions nécessaires, à l'échelle nationale, pour faire avancer le processus de renouvellement dans l'ensemble du pays. Cette enveloppe a permis d'effectuer un travail qui allait au-delà de ce qu'aurait pu accomplir tout gouvernement agissant seul. Les initiatives de l'Enveloppe nationale ont également complété des activités financées par l'Enveloppe provinciale et territoriale.

Les objectifs de l'Enveloppe nationale étaient :

- améliorer la viabilité du système des soins de santé primaires en favorisant le dialogue avec les intervenants et le public sur le renouvellement des soins de santé primaires;
- sensibiliser le public au renouvellement des soins de santé primaires;
- maximiser les synergies et le recours à des approches communes et à la collaboration en matière de renouvellement, en organisant des forums pour l'échange de renseignements sur les expériences relatives au renouvellement des soins de santé primaires;
- améliorer l'accessibilité et la qualité de l'information sur les soins de santé primaires à l'échelle nationale;
- concevoir des instruments communs pour faire face aux défis qui devront être surmontés au cours du processus de renouvellement;
- faciliter la collaboration entre les professionnels de diverses disciplines intervenant dans les soins de santé primaires;
- faciliter la modification des modèles de pratique utilisés par les fournisseurs de soins de santé primaires.

Il y avait trois types de financement dans le cadre de l'Enveloppe nationale :

- **Stratégies nationales** : initiatives d'envergure nationale, maximisant les synergies et la rentabilité en élaborant des approches communes ou de collaboration dans les secteurs clés du renouvellement des soins de santé primaires. Trois stratégies nationales ont été élaborées grâce au FASSP : la Stratégie nationale sur le traitement en collaboration, la Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires et la Stratégie nationale d'évaluation.
- **Outils de transition** : permettaient aux fournisseurs de soins, aux planificateurs et aux administrateurs d'échanger des renseignements et de partager leurs expériences en matière de gestion du changement au moment même où les efforts de renouvellement étaient mis en œuvre. Outils de transition comprenait une composante fédérale-provinciale-territoriale et une composante destinée aux répondants.
- **Initiatives nationales** : ciblaient des activités de renouvellement des soins de santé primaires d'envergure ou de pertinence nationale, mais réalisées le plus souvent dans un cadre local ou régional.



Enveloppe nationale

Stratégies nationales

Stratégie nationale sur le traitement en collaboration

L'un des principaux aspects du renouvellement des soins de santé primaires est la mise en œuvre de divers modèles de collaboration en matière de soins à la grandeur du Canada. En effet, l'un des déterminants de la réussite du renouvellement des soins de santé primaires sera la disponibilité de professionnels de la santé capables de collaborer dans une organisation participative et/ou au sein d'une équipe.

La collaboration en matière de soins assure une coordination et une continuité des soins offerts par tous les fournisseurs de soins de santé primaires afin de répondre aux besoins du patient, habituellement en travaillant en équipe.

Le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) a joué un rôle significatif pour aider les provinces et les territoires dans leur transition vers une approche davantage concertée en matière de soins grâce aux initiatives provinciales-territoriales et multigouvernementales. La Stratégie nationale sur le traitement en collaboration a été établie en vue de confirmer et de renforcer cette orientation en appuyant des initiatives nationales visant à supprimer les obstacles et à faciliter les approches axées sur la collaboration en matière de soins dans le secteur des soins de santé primaires.

La Stratégie nationale sur le traitement en collaboration a permis :

- d'établir des preuves de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas en ce qui concerne la mise en œuvre d'une collaboration entre professionnels en matière de soins de santé primaires;
- de produire des ressources et des outils pour aider les divers professionnels des soins de santé à travailler dans un environnement plus coopératif;
- d'obtenir un soutien et des ententes entre divers professionnels au sujet de leur rôle et de leurs responsabilités dans des situations de collaboration.

La Stratégie comprend cinq initiatives. Ce sont :

- e-Therapeutics : Outils de gestion des pharmacothérapies pour rehausser la sécurité et les résultats;
- l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale;
- l'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens;
- l'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins primaires;
- Les Soins primaires obstétricaux concertés.



e-Therapeutics : Outils de gestion des pharmacothérapies pour rehausser la sécurité et les résultats

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Association des pharmaciens du Canada; avec Alberta Health and Wellness; la Coalition pour les meilleurs médicaments; l'Inforoute Santé du Canada; l'Association canadienne des chaînes de pharmacies; l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé; l'Institut canadien d'information sur la santé; l'Association des infirmières et infirmiers du Canada; le Collège des médecins de famille du Canada; la Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada; la Direction des produits de santé commercialisés de Santé Canada; IBM Canada; l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie; les sociétés nationales de spécialistes du Canada; le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse; l'Agence de santé publique du Canada; le projet MOXXI du Québec; le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Contexte et objectifs

La pharmacothérapie constitue un aspect important des soins de santé primaires aux yeux de la population canadienne. Les dépenses en médicaments accablent une part de plus en plus grande des coûts totaux en santé (17,5 p. 100, n'étant devancées que par les dépenses d'hôpitaux) comme en font foi les 24,8 milliards de dollars dépensés en médicaments vendus au détail en 2005. S'assurer que ces dépenses représentent une bonne valeur aux yeux de la population canadienne constitue un défi de taille, étant donné que certaines estimations alarmantes existent en ce qui concerne le degré de souffrance causé par la mauvaise utilisation de médicaments. Pour atténuer cette souffrance, les fournisseurs doivent avoir accès à des renseignements thérapeutiques canadiens à jour fondés sur des preuves. Le but du portail e-Therapeutics consiste à soutenir les pratiques exemplaires et à promouvoir l'utilisation optimale des médicaments pour tous les fournisseurs de soins de santé primaires grâce à une source électronique canadienne complète de renseignements en matière de pharmacothérapie.

Activités

L'initiative a débuté en janvier 2004 et s'est poursuivie pendant 30 mois, pour se terminer officiellement en juin 2006. Le travail se divisait en six courants :

- **Gouvernance et gestion de projet :** Un cadre a été créé pour guider le développement stratégique et opérationnel de la technologie et des outils nécessaires. Le réseau national du portail e-Therapeutics a été formé; une conférence nationale des intervenants a eu lieu; une équipe stratégique de consultation et de mise en œuvre a été mise en place; un conseil interne a été établi afin d'examiner et d'approuver les demandes de changement.
- **Élaboration et mise à jour du contenu :** Le contenu du portail e-Therapeutics a principalement été tiré du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS), de Therapeutic Choices (TC) et de Patient Self-Care (PSC) de l'Association des pharmaciens du Canada (APhC). Il a pris du volume grâce à des références externes et à des renseignements provenant de Santé Canada. Un processus d'examen rigoureux a été respecté en ce qui concerne les documents de référence. Des spécialistes canadiens ont rédigé le contenu thérapeutique et les autorités de chaque domaine clinique l'ont examiné.
- **Développement technique :** IBM Canada représentait le principal partenaire en matière de technologie dans le cadre de cette initiative. L'élaboration de produits est passée par de nombreuses étapes, y compris des essais pilotes et des situations réelles.



- **Gestion du changement** : Les chefs ont été appelés très tôt à participer au processus d'élaboration. Des groupes de discussion auxquels ont participé des médecins de famille et des pharmaciens ont eu lieu, et un groupe consultatif de transition a participé au processus de gestion du changement.
- **Marketing et communication** : Les plans de communication internes et externes ont été exécutés; les produits de communication comprenaient un plan d'activités, un logo du produit, du matériel de marketing et des consultations auprès des intervenants.
- **Évaluation** : La structure, le processus et les résultats du portail e-Therapeutics ont été évalués. Deux projets pilotes importants ont été entrepris afin d'évaluer l'utilisabilité et la fonctionnalité du portail e-Therapeutics. Les buts à court terme ont été évalués et ceux à long terme continuent de l'être.

Ressources

- Un ensemble d'outils électroniques d'aide à la décision fournit un accès au point de service aux renseignements canadiens actuels fondés sur les preuves en matière de médicaments et de thérapie grâce au portail Web e-Therapeutics (**www.e-Therapeutics.ca**). Un certain contenu est offert sur Palm ou PocketPC. En règle générale, les utilisateurs sont des abonnés payants.
- Un programme technologique personnalisé et souple soutient la création, la mise à jour et la prestation des outils.
- Des normes et des protocoles permettent au contenu d'être intégré dans d'autres applications (telles que les dossiers électroniques de santé) afin d'aider les pharmaciens et les prescripteurs au point de service.

Apprentissages clés

L'initiative e-Therapeutics a donné accès à des outils électroniques d'aide à la décision aux fournisseurs de soins de santé primaire afin de promouvoir une

pharmacothérapie optimale. Cette ressource aborde les préoccupations des professionnels de la santé et des groupes de consommateurs à propos de la sûreté des médicaments, du besoin d'améliorer la prescription et de l'accès à de nouveaux renseignements. L'initiative en est encore aux premières étapes, mais tout indique que cet outil électronique d'aide à la décision en matière de pharmacothérapie a été bien accepté par les fournisseurs et qu'il fournit un contenu « juste à temps ». Les essais pilotes ont démontré que 92 p. 100 des utilisateurs étaient susceptibles de visiter à nouveau le portail e-Therapeutics, et que 84 p. 100 étaient susceptibles de le visiter régulièrement afin de soutenir leur processus décisionnel en matière de pharmacothérapie. De plus, 87 p. 100 ont mentionné qu'ils recommanderaient le portail à d'autres. Dans le cadre du deuxième essai pilote, 93 p. 100 des répondants estiment que le portail e-Therapeutics constitue une source de renseignements crédible en matière de pharmacothérapie. L'APhC effectuera une évaluation à long terme du contenu clinique.

Le portail e-Therapeutics a été conçu pour intégrer des applications de dossiers électroniques de santé ultérieurement, et soutient plusieurs initiatives nationales de cybersanté présentement en cours. L'APhC s'engage à couvrir les coûts permanents du portail e-Therapeutics grâce à un modèle opérationnel à plus long terme; la durabilité dépendra de la sensibilisation des fournisseurs de soins primaires et de leur volonté à utiliser les outils fournis.

Contribution approuvée : 8 840 300 \$

Personne ressource

Ajit Ghai
Directeur principal
Technologie de l'information
Association des pharmaciens du Canada
Téléphone : 613-523-7877
Courriel : aghai@pharmacists.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : **www.santecanada.gc.ca/fassp**.

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Collège des médecins de famille du Canada; avec l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale; l'Association canadienne des ergothérapeutes; l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux; la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale; l'Association canadienne pour la santé mentale; l'Association des infirmières et infirmiers du Canada; l'Association des pharmaciens du Canada; l'Association des psychiatres du Canada; l'Association canadienne de psychologie; les diététistes du Canada; Registered Psychiatric Nurses of Canada

Contexte et objectifs

Malgré la prévalence de maladie mentale au Canada, la majorité des personnes qui souffrent d'un trouble mental traitable ne reçoivent pas le traitement dont elles pourraient tirer profit. Un consortium de 12 organismes nationaux représentant les consommateurs, leurs familles, les soignants, la communauté et les fournisseurs de soins de santé ont travaillé ensemble sous la direction de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) pour améliorer les soins en santé mentale pour les Canadiens. Ils croyaient qu'une collaboration plus efficace entre les fournisseurs de soins de santé primaires, les spécialistes de soins de santé mentale, les consommateurs ainsi que leurs familles et communautés, appuyée par des mécanismes de financement appropriés, renforcerait la capacité du système de soins de santé à répondre aux besoins en soins de santé mentale des Canadiens. Plus particulièrement, les modèles de soins en collaboration pourraient élargir la capacité du secteur des soins de santé primaires à déterminer et à traiter les problèmes de santé mentale et permettre une utilisation plus efficace et efficiente des ressources. L'ICCSM visait à :

- analyser la situation actuelle des approches de collaboration en matière de soins;
 - élaborer une Charte qui représente une vision commune des soins en collaboration qui soit acceptable pour tous les partenaires de l'initiative;
 - élaborer des approches et stratégies particulières pour la mise en œuvre d'approches fondées sur les soins en collaboration;

- diffuser les conclusions et la documentation de l'initiative à un large éventail d'intervenants.

Activités

Les activités de l'initiative ont été menées pendant une période de deux ans et étaient destinées à appuyer le passage à la collaboration en santé mentale. Elles comprenaient :

- *Analysis of the current state of collaborative care* [analyse de l'état actuel des soins dispensés en collaboration] : l'ICCSM a sollicité 12 documents de recherche décrivant la collaboration en santé mentale, les obstacles à sa mise en œuvre, ses avantages et les caractéristiques des meilleures pratiques dans le domaine.
- *Élaboration d'une Charte des soins de santé mentale axés sur la collaboration* : Cette activité a été réalisée au moyen de consultations auprès des consommateurs, de consultations auprès d'associations particulières, d'un forum consultatif d'experts, d'un sondage en ligne et d'un forum de leaders. Les 12 organismes partenaires ont accepté la Charte.
- *Élaboration de stratégies pour le progrès des soins en collaboration* : On a créé une série de trousseaux pratiques à l'intention des cliniciens, des consommateurs, des soignants et des éducateurs. Ces trousseaux répondent aux besoins de populations particulières telles que les enfants, les groupes ethnoculturels et les personnes souffrant d'une maladie mentale grave.
- *Diffusion des conclusions* : Cette activité a été réalisée au moyen de présentations, de la distribution de publications de recherche, d'un site Web, de mises à jour par courriel d'une importante base de données, de communications d'un groupe de



travail externe, de réunions avec les planificateurs fédéraux, provinciaux et régionaux, les fournisseurs et les éducateurs ainsi que la distribution massive de matériel promotionnel.

Un plan d'évaluation examinait l'effet du processus global par rapport aux buts de l'initiative.

Ressources

- 12 rapports de recherche sur de nombreux sujets liés à la collaboration en santé mentale
- *La Charte canadienne de soins de santé mentale axés sur la collaboration*
- 12 trousseaux pratiques
- Le site Web de l'ICCSM à l'adresse **www.ccmhi.ca**
- Toutes les ressources sont disponibles en français et en anglais.

Apprentissages clés

L'ICCSM a établi une communauté d'intérêts engagée dans l'ensemble du pays et a entraîné un vaste mouvement d'appui aux efforts ultérieurs. De l'avis des membres des associations professionnelles, les documents de recherche de l'initiative constituaient une importante source d'information et quelques associations les ont utilisés pour apporter un soutien pratique aux membres qui travaillent avec des équipes de soins de santé primaires. L'ICCSM n'a formulé qu'une seule recommandation, soit d'inclure les consommateurs dans les modèles alternatifs allant du milieu des soins à l'évaluation, aux politiques et à la

planification. Sa Charte, qu'ont acceptée unanimement les 12 organismes représentés au comité directeur, sera le legs le plus précieux de l'initiative. Les principes de la Charte font ressortir l'importance d'une approche holistique axée sur la santé de la population qui inclut la promotion de la santé ainsi que le traitement. Les trousseaux améliorent l'accessibilité de l'information relative à la façon d'élaborer des pratiques de collaboration, et les associations du comité directeur les utilisent de diverses façons. On les considère comme une ressource clé pour les futurs projets de soins en collaboration.

On s'attend à ce que la communauté engagée par l'entremise de l'initiative élargira la base des connaissances élaborée par l'ICCSM en utilisant, en adaptant et en peaufinant les trousseaux, et en innovant dans le domaine de la collaboration en santé mentale et ce, en appliquant les principes de la Charte. Les chefs de chaque organisme partenaire continueront, avec l'aide de leurs cadres supérieurs et de leurs membres, à mettre la Charte en œuvre.

Contribution approuvée : 3 845 000 \$

Personne ressource

Scott Dudgeon
Directeur exécutif, ICCSM
Téléphone : 416-525-5136
Courriel : dudgeon@rogers.com

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : **www.santecanada.gc.ca/fassp**.

Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Contexte et objectifs

Malgré la capacité des infirmières et infirmiers praticiens (IP) d'apporter une contribution importante aux services de soins de santé primaires au Canada, leur intégration dans le système de soins de santé s'est effectuée de façon sporadique et irrégulière. Cette situation semble s'expliquer par les incohérences sur le plan de la législation et de la réglementation qui touchent le titre des IP, leur champ d'activité ainsi que les exigences en matière de permis d'exercer et de formation continue. De plus, les programmes d'éducation des IP des quatre coins du pays ont subi des changements. La présente initiative a découlé de la vision du *Nurse Practitioner Planning Network* (NPPN) [Réseau de planification pour les infirmières et infirmiers], un partenariat qui regroupe les organisations et organismes de réglementation des soins infirmiers, les gouvernements provinciaux et territoriaux, de même que les infirmières et infirmiers enseignants. Elle visait à aborder certaines des incohérences et à favoriser l'intégration soutenue des IP dans la prestation des services de soins de santé primaires au Canada. Enfin, elle a privilégié l'établissement du fondement d'une compréhension commune à l'endroit des IP dans cinq secteurs, à savoir :

- l'enseignement;
- la pratique;
- la législation gouvernementale et l'autoréglementation professionnelle;
- la planification des ressources humaines de la santé;
- la gestion du changement, le marketing social et la communication stratégique.

En outre, l'initiative avait comme objectif de créer des mécanismes et des processus afin de favoriser l'intégration et la durabilité du rôle des IP dans tous ces secteurs.



Activités

L'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens (ICIIIP) a été divisée en quatre volets. Dans le cadre du premier volet, on a entrepris une analyse documentaire ainsi que des consultations avec plusieurs groupes d'intervenants dans toutes les instances. Également, plusieurs activités de communication ont été mises en oeuvre. Elles ont entraîné la conception d'un plan et d'un cadre de communication. Ces documents ont orienté la création de sites Web complets en français et en anglais, de même que d'un large éventail de documents de promotion.

Dans le cadre du deuxième volet, des consultations régionales ont été tenues dans huit villes canadiennes, soit Vancouver, Edmonton, Winnipeg, Toronto, Montréal, Québec, St. John's et Fredericton. L'ensemble des provinces, des territoires et des principaux groupes d'intervenants se sont réunis pour émettre leurs opinions et engager une discussion sur les défis et les occasions qui se rattachent aux cinq secteurs d'intérêt de l'initiative.

Dans le cadre du troisième volet, on a mis au point plusieurs cadres et autres outils pour faciliter la mise en œuvre durable du rôle des IP dans la prestation des soins de santé primaires. De plus, les participants à des consultations d'experts et à des ateliers ont analysé des conclusions et des recommandations, et évalué des méthodes qui permettraient de constamment relever avec succès les défis.

Enfin, dans le cadre de la quatrième étape, on a intégré les cadres conçus dans un rapport technique et une version condensée à l'intention du public. Les deux rapports peuvent être consultés dans le site Web de l'initiative. En outre, lors de plusieurs présentations et rencontres, on a fait connaître les conclusions, les recommandations et les plans de mise en œuvre à plusieurs groupes d'intervenants, dont les gouvernements, les employeurs, le personnel chargé de la réglementation des soins infirmiers, les infirmières et infirmiers enseignants, les IP, l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Association

canadienne des soins de santé et les professionnels de soins de santé.

Ressources

- *Cadre réglementaire et législatif des infirmières et infirmiers praticiens du Canada*
- *Modèle de simulation de la planification des ressources humaines de la santé pour IP en soins de santé primaires*
- *Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada*
- *Cadre d'évaluation des compétences des infirmières et infirmiers praticiens du Canada*
- *Cadre de formation des infirmières et infirmiers praticiens du Canada*
- *Examen canadien des infirmières et infirmiers praticiens (ECIIP) – famille/tous âges (et documents pertinents)*
- *Trousse de mise en œuvre et d'évaluation pour les infirmières et infirmiers praticiens du Canada*
- Sites Web en français et en anglais de l'initiative : **www.iciip.ca** et **www.cnpi.ca**

Apprentissages clés

Les IP jouent un rôle essentiel dans le renouvellement des soins de santé primaires, car ils peuvent contribuer à accroître l'accès aux services de santé, à diminuer les listes d'attente et à améliorer les résultats liés à la santé de la population. Les responsables de l'ICIIP ont élaboré un ensemble complet de recommandations, de cadres et de mesures afin de faciliter l'intégration soutenue du rôle des IP dans le système de soins de santé du Canada. Plus important encore, l'ICIIP a mis en évidence une meilleure acceptation et une plus grande sensibilisation du public, des gouvernements et des autres groupes de professionnels de la santé à l'égard du rôle joué par les IP dans le système de soins de santé du Canada. Cette situation, combinée

à l'impulsion créée par l'initiative et au soutien plus solide manifesté par les autres groupes de professionnels de la santé, dont les médecins, fera du rôle des IP un volet intégral du renouvellement des soins de santé primaires.

Cette situation s'est déjà produite au sein de certains groupes de soins de santé du pays. Également, la mise sur pied d'associations d'IP et d'un conseil des IP au Canada, en plus de la législation et de la réglementation qui régissent actuellement le permis d'exercer et la pratique des IP dans les provinces et territoires, tendent à indiquer que les IP jouent un rôle permanent dans le système de soins de santé du Canada. Cependant, pour accroître la participation des IP au pays et réaliser la vision d'un « système renouvelé et renforcé de soins de santé primaires optimisant la contribution des IP à la santé de tous les Canadiens », les responsables de l'ICIIP ont proposé la formation d'un comité de coordination pour qu'il surveille la mise en œuvre d'un plan d'action axé sur une approche pancanadienne. Ils sont allés encore plus loin en produisant l'esquisse de ce plan de mise en œuvre, intitulé *The Way Forward Plan: Committing to Action* [La voie à suivre : s'engager à l'action], afin de soutenir la mise en place d'une approche nationale et intégrée.

Pendant toute la durée de l'ICIIP, les questions discutées ont fait l'objet d'un niveau de consensus remarquable entre tous les groupes d'intervenants touchés en ce qui concerne l'orientation, les conclusions et les recommandations de l'initiative, ce qui est encourageant pour la poursuite des travaux.

Contribution approuvée : 8 914 526 \$

Personne ressource

Janet Davies
Directrice, Politiques publiques et communications
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Téléphone : 1-800-361-8404
Courriel : jdavies@cna-aiic.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : **www.santecanada.gc.ca/fassp**.

Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires : un processus du changement pour appuyer la collaboration

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Société canadienne de psychologie; avec l'Association canadienne des ergothérapeutes; l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux; l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes; l'Association médicale canadienne; l'Association des infirmières et infirmiers du Canada; l'Association des pharmaciens du Canada; l'Association canadienne de physiothérapie; la Coalition canadienne pour l'amélioration des pratiques préventives chez les professionnels de la santé; les diététistes du Canada; le Collège des médecins de famille du Canada

Contexte et objectifs

L'initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (ACIS) découle d'une conviction partagée des responsables de la planification, de la gestion et de la prestation de services de soins de santé primaires au Canada qu'on doit avoir recours de façon plus efficace et efficiente à des professionnels de la santé. Ils voulaient surtout améliorer la collaboration interdisciplinaire parmi la panoplie de professionnels de la santé qui prodiguent des soins de santé primaires à l'échelle du pays. L'initiative visait principalement à explorer les éléments communs nécessaires pour améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience de la collaboration interdisciplinaire en matière de prestation de soins de santé primaires au Canada, et finalement à en venir à une entente à cet égard. L'initiative était plus particulièrement conçue pour atteindre les objectifs suivants : élaborer un ensemble de principes directeurs et un cadre qui décrivent de quelle façon les professionnels du domaine des soins de santé primaires peuvent travailler ensemble efficacement dans tous les contextes, déterminer quelles conditions devraient être en place pour y parvenir, que les principes et le cadre soient largement soutenus par les praticiens du domaine des soins de santé primaires et qu'ils soient ratifiés par leur association professionnelle, appuyer la mise en œuvre des principes et du cadre et élaborer des outils à l'intention des professionnels du domaine des soins de santé primaires pour qu'ils travaillent ensemble plus efficacement.



Activités

Au cours des deux années de l'initiative (2004–2006), de nombreuses activités ont été entreprises pour atteindre ses objectifs.

- *Des réunions et des ateliers du comité directeur* : afin d'élaborer en collaboration les principes et le cadre et de créer une stratégie visant à entraîner un changement au sein des associations membres.
- *Des recherches* : sur des thèmes liés à la compréhension et à l'avancement de la collaboration interdisciplinaire.
- *Des consultations pancanadiennes* : afin de tirer parti de ces recherches et de faire participer les intervenants au processus de changement (celles-ci comprenaient des discussions en petits groupes, des ateliers régionaux, des groupes de travail sur les obstacles et les outils et des forums des dirigeants, tous accompagnés de rapports de réunion qui documentaient l'élaboration des principes et du cadre).
- *Une stratégie de communication concertée* : y compris un site Web interactif bilingue, un sondage en ligne, des bulletins de nouvelles, des vidéos et une réunion des ambassadeurs afin de partager les principes et le cadre avec la grande collectivité des professionnels de la santé.
- *L'élaboration d'une trousse à outils* : afin d'informer les professionnels de la santé intéressés à mettre en œuvre ou à élaborer des pratiques de collaboration, y compris une étude de cas de cinq sites de pratique de soins de santé primaires à l'échelle du pays.

Une évaluation intérimaire et une évaluation finale ont été effectuées.

Ressources

- *Les principes et le cadre de collaboration interdisciplinaire dans le secteur des soins de santé primaires* (offerts en français et en anglais)
- Quatre rapports de recherche : *Augmenter la collaboration interdisciplinaire dans le secteur des soins de santé primaires au Canada*, *Fournisseurs individuels et organismes de soins de santé au Canada*, *Contexte des politiques canadiennes : collaboration interdisciplinaire dans le secteur des soins de santé primaires* et *Obstacles et facilitateurs à l'augmentation de la collaboration interdisciplinaire dans le secteur des soins de santé primaires*
- *La trousse de collaboration* qui contient plus de 200 outils de mise en œuvre et d'élaboration de pratiques de collaboration, et comprend un rapport d'étude de cas intitulé *Soins de santé interdisciplinaires : Trouver les réponses*
- Le site Web de l'ACIS (www.eicp-acis.ca) qui met la trousse en évidence ainsi que la documentation principale en matière de recherche et de communication

Apprentissages clés

L'initiative ACIS a promu et a facilité la collaboration interdisciplinaire dans le contexte des soins de santé primaires. Les organismes partenaires de l'ACIS ont élaboré et ont ratifié avec succès un ensemble de principes directeurs et un cadre pour améliorer les perspectives et les possibilités de soins plus coopératifs. En cours de route, ils ont également obtenu, de la part de nombreux autres organismes qui ont aussi ratifié le document, un vaste appui concernant les principes et le cadre. L'initiative a généré une sensibilisation à grande échelle aux avantages de la pratique en collaboration et a permis de créer un organisme de recherche sur les pratiques exemplaires et la situation

des soins coopératifs au Canada. Elle a permis d'élaborer et d'assembler des outils afin d'aider les professionnels du domaine des soins de santé primaires à travailler plus efficacement ensemble dans leur contexte de pratique. Grâce à ses consultations pancanadiennes, l'initiative a contribué à améliorer le profil des soins interdisciplinaires et a permis d'entamer la défense du changement au niveau local. Elle a contribué à renforcer l'idée voulant que la réforme du système de santé nécessite de mettre un accent particulier sur la gestion du changement stratégique. Qui plus est, l'initiative a permis de renforcer les relations parmi les professionnels de la santé y participant et leur association. Le succès du partenariat de l'ACIS démontre qu'un leadership efficace, équitable et interdisciplinaire est très important en ce qui concerne le renouvellement des soins de santé primaires. Le partenariat et son optique, axée sur la recherche, la gestion du changement, la communication et l'évaluation, peuvent servir de modèle dans le cadre d'efforts ultérieurs. Les gouvernements, les professionnels de la santé et les organismes qui ont adopté les principes et le cadre devront suivre le rythme établi par l'initiative afin d'assurer que la collaboration interdisciplinaire continue de prendre forme dans le contexte des soins de santé primaires à l'échelle du pays.

Contribution approuvée : 6 551 700 \$

Personne ressource

D^r John Service
Directeur exécutif
Société canadienne de psychologie
Téléphone : 613-237-2144
Courriel : jservice@cpa.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Projet de soins primaires obstétricaux concertés (MCP²)

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; avec l'Association des infirmières en santé des femmes, en obstétrique et en néonatalogie; l'Association canadienne des sages-femmes; l'Association des infirmières et infirmiers du Canada; le Collège des médecins de famille du Canada; la Société de la médecine rurale du Canada

Contexte et objectifs

Les modèles concertés peuvent accroître considérablement la capacité de notre système de soins de santé à pallier les pénuries de professionnels des soins de maternité (médecins, sages-femmes et infirmières/infirmiers) qui sont apparues depuis plus d'une décennie. Cependant, certains obstacles ont limité leur perfectionnement, notamment les questions de réglementation, les restrictions dans les champs d'exercice, les questions financières et économiques, les questions médico-légales et de responsabilité, le manque de sensibilisation aux avantages des soins concertés et les fournisseurs de soins de santé surchargés qui n'ont ni le temps ni l'énergie de chercher des modèles de soins obstétricaux primaires. Cette initiative nationale visait à écarter ces obstacles et à faciliter la mise en œuvre de stratégies nationales concertées pour accroître l'accessibilité et la qualité de services obstétricaux pour toutes les Canadiennes. Elle visait plus particulièrement à :

- élaborer des établir des lignes directrices relatives aux modèles de soins concertés;
- déterminer les normes nationales actuelles concernant la terminologie et les champs d'exercice;
- harmoniser les normes et les lois;
- accroître la collaboration entre les professionnel;
- changer les habitudes de pratique;
- faciliter l'échanger de renseignements;
- promouvoir les avantages des soins obstétricaux concertés.

Activités

Le projet de soins primaires obstétricaux concertés (MCP²) s'est échelonné sur 24 mois et s'est terminé en juin 2006. Au début du projet, on a mis sur pied un Comité national des soins de maternité primaires comptant des représentants de chaque association partenaire, des représentants des gouvernements provinciaux et des consommateurs. Les membres de ce comité ont participé à différents groupes de travail (élaboration de modèles, politique d'intérêt public, recherche/évaluation, communication et harmonisation/médico-légal) et ont joué un rôle déterminant dans la réussite de cette initiative. Voici certaines des activités menées dans le cadre du projet MCP² :

- L'analyse du système de soins obstétricaux et des modèles de soins concertés au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Allemagne, en France, en Suède et en Australie. Le rapport qui en émane présente des modèles de collaboration au sein des professions et entre elles et les caractéristiques des soins obstétricaux dans chaque pays.
- L'élaboration de lignes directrices relatives aux équipes de soins concertés à la mère et au nouveau-né. On a entrepris l'examen de la littérature et de vastes consultations (p. ex. des groupes de discussion, entrevues, un processus Delphi et des rencontres avec le Comité national des soins de maternité primaires). Le rapport qui en émane contient sept modules de transfert des connaissances qui visent à faciliter les changements dans les modèles de pratique. Ces modules comprennent notamment : Création des équipes, Communication efficace et Implications de la mise en œuvre du modèle au niveau des coûts.
- L'examen des lois de chaque province et territoire qui régissent les médecins de famille, le personnel infirmier, les infirmières et infirmiers praticiens et les sages-femmes. Cet examen visait notamment à mettre en évidence les différences dans les lois applicables et à présenter un aperçu de haut niveau des champs d'exercice.



- De la recherche sur les lois et les champs d'exercice qui s'est traduite par de l'information sur les lois et règlements actuels en ce qui a trait à la prestation de soins obstétricaux par des fournisseurs de soins de santé réglementés. Elle a également cerné des éléments institutionnels, d'emploi et de financement ainsi que d'autres éléments qui empêchent les professionnels de la santé de travailler à la pleine mesure de leurs connaissances, leur formation, leur expérience et leurs compétences actuelles.
- Une enquête de référence et des groupes de discussion sur les connaissances actuelles et l'acceptation des soins concertés.
- L'élaboration et la mise en œuvre de plans de communication externes et internes pour assurer que toute l'information a été distribuée aux membres du Comité national des soins de maternité primaires ainsi qu'aux principaux intervenants provinciaux/territoriaux.
- Plusieurs activités d'évaluation au début et à la fin de l'initiative, notamment des enquêtes menées sur le Web, des groupes de discussion lors de rencontres nationales et des entrevues avec des fournisseurs de soins obstétricaux.

Ressources

- *Étude descriptive de la pratique actuelle en Europe et en Australie*
- *Guidelines and Implementation Tools for Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Models* (lignes directrices et outils de mise en œuvre pour les modèles de soins obstétricaux concertés)
- *Recherche sur le terrain* (examen de la législation provinciale et territoriale relativement à la réglementation des professionnels de la santé)
- Le site Web de l'initiative à l'adresse **www.mcp2.ca**

Apprentissages clés

L'initiative a élaboré diverses lignes directrices et divers outils pour faciliter la mise en œuvre de modèles de soins concertés qui pourraient remédier aux pénuries de ressources humaines en santé. Ces outils influenceront les politiques, faciliteront les changements dans les modèles de pratique et seront disponibles sur le site Web de l'initiative pendant plus

d'une année. Le projet MCP² a joui de l'appui continu des intervenants tout au long de son existence. La crise des ressources humaines en santé dans les soins obstétricaux a motivé les membres du Comité national des soins de maternité primaires à participer activement à cette initiative. La collaboration a permis de créer des occasions d'échange d'information officielles et non officielles au sujet des philosophies concernant les soins, les champs de pratique et les compétences fondamentales, sujets qu'un grand nombre de ces fournisseurs de soins obstétricaux n'avaient jamais eu auparavant l'occasion de discuter les uns avec les autres.

Malgré quelques défis, les activités d'évaluation ont permis de conclure que le projet MCP² a encouragé les participants à réfléchir à des modifications possibles. Les participants étaient prêts à travailler ensemble pour créer un système meilleur et plus durable et intéressés à élaborer des modèles locaux de collaboration. De nombreux professionnels étaient fortement d'accord avec les éléments clés de la pratique en collaboration qu'a cernés l'initiative, y compris la confiance et le respect mutuels, les buts partagés, les choix éclairés, la compétence des professionnels et les relations collégiales entre les membres des équipes. Plus de 87 p. 100 des personnes interrogées convenaient de la nécessité d'une stratégie pancanadienne de soins obstétricaux responsable de la planification des soins concertés. À cette fin, MCP² a proposé d'établir un réseau pancanadien responsable de promouvoir des normes canadiennes et la qualité des soins, de partager les meilleures pratiques, de promouvoir une vision coordonnée, de faciliter la mise en œuvre de modèles de soins concertés et de promouvoir des protocoles et des outils pour la mise en œuvre du changement.

Contribution approuvée : 2 000 000 \$

Personne ressource

D^r André Lalonde
Président, Comité exécutif
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
Téléphone : 613-730-4192
Courriel : alalonde@sogc.com

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : **www.santecanada.gc.ca/fassp**.

Enveloppe nationale

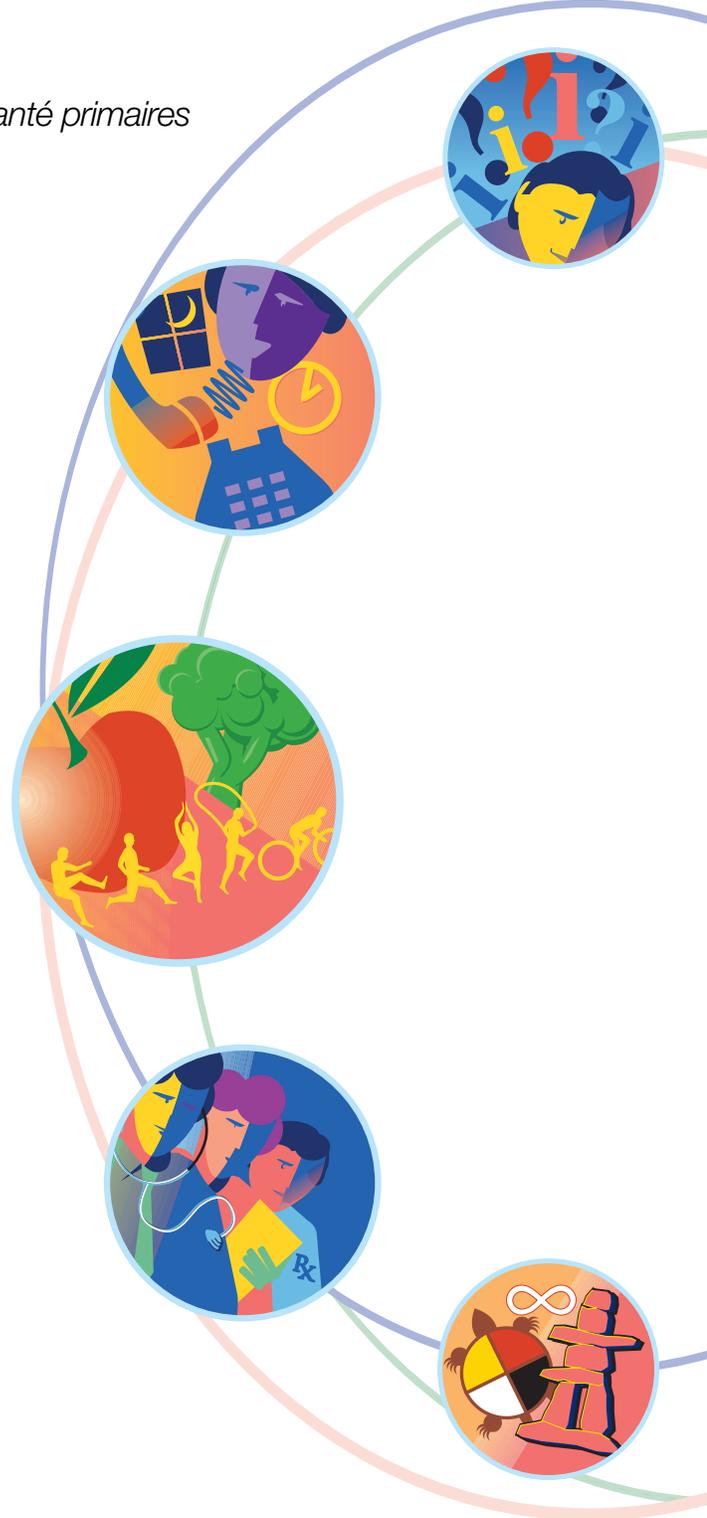
Stratégies nationales

Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires

Un des éléments essentiels du renouvellement des soins de santé primaires est une sensibilisation et une compréhension accrues du public. Les Canadiens doivent être mieux informés des soins de santé primaire et de leur importance dans le système général de soins de santé.

La Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires était constituée de deux principales initiatives, toutes deux dirigées par des comités directeurs fédéraux/provinciaux/territoriaux :

- Avançons les soins de santé primaires – Bien des succès, beaucoup à accomplir : Une conférence nationale sur les soins de santé primaires;
- Initiative de la stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires.



Avançons les soins de santé primaires—Bien des succès, beaucoup à accomplir : Une conférence nationale sur les soins de santé primaires

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Santé Manitoba; avec Saskatchewan Health au nom du Groupe consultatif fédéral/provincial/territorial du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP); et aussi avec l'Association de santé communautaire du Manitoba; l'Association manitobaine de santé publique; le Collège manitobain des médecins de famille; la Régie régionale de la santé de Winnipeg; le College of Registered Nurses of Manitoba; les Rural/Northern Regional Health Authorities of Manitoba; les facultés de médecine, des soins infirmiers et de la réadaptation médicale de l'Université du Manitoba; la Manitoba Medical Association; la Manitoba Association of Registered Dietitians; Services à la famille et Logement Manitoba

Contexte et objectifs

Décrite comme un « bazar sur les soins de santé primaires », une conférence de quatre jours intitulée « Avançons les soins de santé primaires : Bien des succès, beaucoup à accomplir » s'est tenue à Winnipeg en mai 2004. Dans l'ensemble, elle visait à rassembler un large éventail de fournisseurs de soins de santé primaires, d'organismes, d'associations, d'éducateurs, d'administrateurs, de décideurs et de représentants du public pour faire avancer le processus de renouvellement des soins de santé primaires, alors qu'elle visait plus précisément à créer un forum pragmatique moderne pour discuter et débattre de la réalité actuelle des soins de santé primaires et des projets qui pourraient être élaborés dans ce domaine. La conférence devait servir de tremplin pour accélérer le changement et améliorer le rendement dans le domaine des soins de santé primaires. Surtout, elle cherchait à explorer des problèmes réels selon les thèmes suivants : les déterminants de la santé, la perspective communautaire/la capacité communautaire/la participation des citoyens, la gestion de l'information, la responsabilisation et l'intégration.

Activités

Santé Manitoba, Saskatchewan Health et des douzaines de bénévoles de différents organismes ont travaillé en collaboration afin d'élaborer et de diriger la conférence, qui a attiré mille participants de partout au pays. Le programme comprenait des séances plénières, des présentations devant de moyens et de grands groupes, des discussions en comités et des ateliers. Le journal quotidien de la conférence a résumé bon nombre des séances et des présentations. Une synthèse des principaux thèmes et des principales idées de la conférence a fourni les grandes lignes des séances plénières et concurrentes, organisées par thème.

Ressources

- Le guide du programme de la conférence
- Les journaux de la conférence
- Le rapport de la conférence *Un millier d'idées prometteuses? Avançons les soins de santé primaires*
- Le site Web (www.phconference.ca) où sont affichés des résumés, des affiches et des journaux

Apprentissages clés

La conférence constituait un examen du parcours des soins de santé primaires à ce jour au Canada et un éventail d'expériences et de défis. La synthèse des thèmes et des idées de la conférence constituait l'une des ressources principales découlant de cette initiative; elle se trouve sur le site Web. Voici quelques-unes des grandes lignes, par thème :



- *Déterminants de la santé, participation du public et développement communautaire* : Une vision des soins de santé primaires qui adopte ces concepts devient une réalité dans plusieurs collectivités. Le fonctionnement des centres de santé dans les écoles du comté de Halifax en est un exemple; des liens y sont établis avec des organismes communautaires de manière que les élèves soient dirigés autant vers des organismes extrasanitaires que vers des organismes de soins de santé.
- *Intégration* : Que ce soit par la régionalisation des soins de santé ou à un niveau plus local, l'intégration devient rapidement une réalité au sein d'un grand nombre de collectivités canadiennes. Le fait que les professionnels de la santé soient formés en vase clos constitue un obstacle à l'intégration et au travail d'équipe. Les participants ont discuté du recours à des animateurs d'équipes en Saskatchewan afin de surmonter ces cloisonnements et ont également prêté attention au rôle des infirmières praticiennes.
- *Amélioration des soins primaires* : Les soins primaires ont connu une révolution tranquille dans diverses parties du Canada, et de nouveaux services sont intégrés aux pratiques de soins de santé primaires. À Hamilton (Ontario), 38 organismes de soins de santé ont maintenant intégré des services de santé mentale et de nutrition à leurs pratiques.
- *Gestion de l'information et technologies de l'information* : S'il y a eu consensus sur une seule question à la conférence, c'est sur le fait que la

réalisation de la vision des soins de santé primaires et l'amélioration de la qualité sous tous les aspects des soins dépendent largement d'une bonne information. La Colombie-Britannique est une réussite; elle a mis en œuvre un système d'information pour faciliter la gestion des maladies chroniques et la BC NurseLine.

- *Responsabilisation* : Historiquement, le système de santé a été jugé implicitement en fonction de ses activités. À présent, on place plutôt l'accent sur les résultats. Plusieurs présentations ont exploré la complexité de la démonstration de la responsabilisation.

Cette conférence, qui a été bien reçue, portait essentiellement sur la réflexion et l'aspiration et, en se tournant vers l'avenir, les participants ont exprimé un désir de dialoguer de façon plus approfondie et ont conclu que les prochaines conférences devraient mettre l'accent sur l'action et la réussite dans les efforts de renouvellement des soins de santé primaires.

Contribution approuvée : 473 865 \$

Personne ressource

Barbara Wasilewski
Directrice, Soins de santé primaires, Santé Manitoba
Téléphone : 204-786-7176
Courriel : bwasilewsk@gov.mb.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Initiative de la stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Saskatchewan Health; avec Alberta Health and Wellness; Santé Manitoba; le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick; le Department of Health and Community Services de Terre-Neuve-et-Labrador; le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest; le ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse; le ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut; le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; le ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard; le ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon

Contexte et objectifs

Reconnaître le besoin de sensibiliser davantage le public à l'importance des soins de santé primaires (SSP) et à leur capacité d'accroître l'efficacité des soins de santé au Canada, le principal objectif de la stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires consistait à sensibiliser le public au rôle des soins de santé primaires dans le système de prestation de soins de santé, à propos des soins de santé primaires en soi et à propos des avantages globaux de leur amélioration.

Activités

La stratégie nationale de sensibilisation du public, lancée en septembre 2004, a été entreprise en deux étapes. La première étape s'est terminée à la fin du mois de mars 2005 et comprenait l'élaboration de l'orientation stratégique, la recherche pour faire connaître cette dernière, la détermination d'une manière de procéder (par les médias et des produits, entre autres) et de groupes cibles, des réunions avec des intervenants ainsi que l'élaboration d'un plan de mise en œuvre et d'objectifs pour mesurer l'efficacité. On a conclu la deuxième étape à la fin du mois de septembre 2006. Elle comprenait l'élaboration de produits, la mise à l'essai de messages ainsi que la mise en œuvre suscitant un placement média et une évaluation. Voici quelques-unes des activités particulières qui se sont déroulées :

- *Recherche nationale pour obtenir des points de repère concernant la sensibilisation et les connaissances actuelles :* Grâce à des partenaires de recherches, un sondage auprès

de 4 800 Canadiens et Canadiennes a été effectué pour faire connaître la stratégie et fournir des points d'évaluation mesurables, une fois l'initiative terminée. De plus, 34 groupes de discussion, auxquels ont participé plus de 300 personnes, ont eu lieu partout au Canada.

- *Élaboration et lancement d'une campagne de sensibilisation :* On a élaboré des thèmes et des messages à partir des résultats de la recherche nationale, y compris le développement des quatre concepts de base des SSP (travail d'équipe, information, accès à l'information et aux services, mode de vie sain), qui ont été utilisés dans l'ensemble du matériel d'information.
- *Élaboration du matériel de communication :* On a mis au point du matériel public d'information à diffuser par l'entremise du site Web et des médias (télévision, journaux et revues), partenariats et relations publiques. On s'est servi de la télévision (deux annonces de 30 secondes) et des publicités imprimées en deux vagues (en septembre 2005 et en février 2006).
- *Diffusion de l'information aux intervenants :* On a conçu un bulletin électronique ainsi qu'un site Web; ce dernier est devenu un point de destination pour les utilisateurs en ligne qui cherchent des renseignements sur les soins de santé primaires.
- *Création de stratégies pour soutenir la durabilité de l'initiative, une fois celle-ci terminée :* Les provinces et les territoires ont reçu une trousse d'outils de communication et de promotion (c.-à-d. un logo et un thème, des annonces publicitaires, des documents



imprimés) et un DVD des initiatives de soins de santé primaires de leur administration pour les aider à continuer de faire la promotion de messages sur les soins de santé primaires.

- *Mise en œuvre d'un plan d'évaluation* : Le succès a été mesuré grâce à l'augmentation de la sensibilisation et de la compréhension du public en ce qui concerne les soins de santé primaires ainsi qu'à la maîtrise de la structure organisationnelle et décisionnelle de l'initiative.

Ressources

- Une recherche sur les points de repère
- Les bulletins et le site Web (**www.primaryhealthcare.ca**)
- Le plan de communication et la trousse de promotion
- Des articles de journaux et de magazines sur les soins de santé primaires
- Les DVD provinciaux et territoriaux sur les initiatives en soins de santé primaires
- L'évaluation de l'efficacité des processus et de la stratégie de collaboration

Apprentissages clés

Dans l'ensemble, la stratégie de collaboration élaborée par la stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires a permis aux provinces et aux territoires d'avoir une plus grande incidence qu'elles ou ils pourraient avoir eue par leurs propres moyens en raison de l'échelle et de la qualité de la publicité. La télévision, le principal véhicule médiatique de la campagne de sensibilisation, a grandement permis de sensibiliser la population canadienne, d'un océan à l'autre, tandis que les journaux, les magazines et les médias non traditionnels (comme *Canadian Health and Lifestyle*) étaient des véhicules secondaires. Les partenariats avec des organismes ayant un profil élevé ont été efficaces dans la sensibilisation du public aux soins de santé primaires.

En mars 2006, on a mené un sondage national afin de déterminer à quel point la sensibilisation, les connaissances et les opinions quant à l'importance des soins de santé primaires avaient

changé au cours de la stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires. Les résultats ont démontré que 70,7 p. 100 des Canadiennes et des Canadiens interrogés avaient vu ou entendu le terme « soins de santé primaires », soit 10,2 p. 100 de plus que dans l'enquête de référence entreprise en décembre 2004. Voici d'autres constatations :

- 49,8 p. 100 des Canadiennes et des Canadiens ont été en mesure de fournir leur propre définition des soins de santé primaires, soit une augmentation de 9,9 p. 100 par rapport à l'enquête de référence; et
- 79,2 p. 100 des Canadiennes et des Canadiens ont attribué une note de 8 à 10 sur une échelle de 10 à l'importance des soins de santé primaires, soit une augmentation de 6,1 p. 100.

L'initiative a permis aux plus petites provinces de mener une campagne de sensibilisation et de retirer des avantages de cette collaboration. Il est probable qu'elles n'auraient pas pu entreprendre les projets de recherche et de promotion si elles avaient dû le faire séparément.

De plus, l'initiative a permis de donner à chaque province et territoire qui y ont participé les outils nécessaires pour assurer la sensibilisation aux soins de santé primaires dans leur propre région du pays. Les conséquences potentielles à long terme de la stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires est un changement de l'attitude du public, qui pour sa part peut donner lieu à un changement dans la façon d'interagir du public avec le système et les fournisseurs de soins de santé.

Contribution approuvée : 9 592 000 \$

Personne ressource

Donna Magnusson
Directrice exécutive
Services de soins de santé primaires
Saskatchewan Health
Téléphone : 306-787-0889

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : **www.santecanada.gc.ca/fassp**.

Enveloppe nationale

Stratégies nationales

Stratégie nationale d'évaluation

La Stratégie nationale d'évaluation (SNE) a été mise sur pied pour répondre au besoin, exprimé par les premiers ministres à leurs réunions de 2000, 2003 et 2004 sur le renouvellement du système de santé, d'une meilleure information dans l'ensemble du système de santé.

L'objectif de la SNE était de produire des preuves sur les soins de santé primaires. Plus précisément, elle permettrait :

- de faciliter le processus de production de preuves sur les diverses approches en matière de soins de santé primaires, notamment le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires et son incidence sur le renouvellement des soins de santé primaires;
- d'améliorer la capacité, sur le plan national, d'évaluer les soins de santé primaires maintenant et dans l'avenir.

La Stratégie comprend trois initiatives. Ce sont :

- Évaluation des soins de santé primaires au Canada : Les bonnes questions à poser;
- Initiative d'élaboration d'indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires;
- Trousse d'instruments d'évaluation de soins de santé primaires.



Évaluation des soins de santé primaires au Canada : Les bonnes questions à poser

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Division des soins de santé primaires et continus, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada

Contexte et objectifs

Afin de mieux comprendre et d'améliorer le renouvellement des soins de santé primaires, Santé Canada a établi la Stratégie nationale d'évaluation du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP). La Stratégie nationale d'évaluation avait deux objectifs : faciliter un processus afin de générer des éléments de preuve concernant les diverses approches en matière de soins de santé primaires et l'incidence du renouvellement des soins de santé primaires et accroître la capacité nationale d'évaluer les soins de santé primaires. La Stratégie nationale d'évaluation comprend trois initiatives (les questions d'évaluation, l'élaboration d'indicateurs et la trousse d'instruments d'évaluation) desquelles *Évaluation des soins de santé primaires au Canada : Les bonnes questions à poser* est la première. L'objectif de cette initiative consistait à élaborer un ensemble de questions d'évaluation liées au secteur des soins de santé primaires; ces questions serviraient ensuite de fondement pour élaborer un ensemble d'indicateurs et d'outils d'évaluation. Les cinq objectifs communs du FASSP ont servi de cadre organisationnel initial pour classer ces questions.

Activités

En octobre 2004, Santé Canada a entamé un processus visant à déterminer un ensemble de questions d'évaluation. Diverses stratégies ont servi à générer ces questions, y compris les suivantes :

- *Une analyse des documents de politiques nationales et internationales* : L'analyse internationale s'est limitée au Royaume-Uni, à l'Australie et à la Nouvelle-Zélande. Plus de 800 questions d'évaluation explicites et implicites étaient abstraites et établies, conformément aux objectifs du FASSP.
- *Une synthèse plus approfondie* : Grâce aux commentaires d'un petit groupe d'experts en soins de santé primaires du Canada, du Royaume-Uni et de l'Australie, le premier ensemble de questions a fait l'objet d'une synthèse plus approfondie et a été établi à 100 questions qui abordaient tous les commentaires, toutes les activités, tous les produits et tous les résultats dignes de mention du *Modèle logique axé sur les résultats en matière de soins de santé primaires* élaboré par Watson et collab. en 2004. Chaque fois que cela était possible, les questions étaient formulées de manière à suggérer des indicateurs.
- *Un atelier d'une durée de deux jours* : Les questions qui ont fait l'objet d'une synthèse et les données qui ont émergé de l'analyse des documents de politiques ont été présentées à un groupe de chercheurs, d'évaluateurs et de décideurs pancanadiens en soins de santé primaires. Les participants ont précisé quels objectifs en matière de soins de santé primaires devaient être évalués et ont déterminé des questions d'évaluation clés. À l'atelier, on a demandé à de petits groupes d'intégrer aux questions les objectifs généraux d'équité, de rentabilité et de durabilité en matière de financement public.



- *Un examen final des questions* : Les spécialistes dans le domaine ont convenu de 39 questions. De ce nombre, 19 ont été déterminées comme importantes relativement aux objectifs en matière de soins de santé primaires et 20 ont été désignées comme des soutiens nécessaires à la prestation réussie des soins de santé primaires. La modification des cinq objectifs du FASSP a eu lieu, ce qui a conduit à l'établissement de sept objectifs du FASSP.

Ressources

- Une liste de 39 questions d'évaluation en matière de soins de santé primaires
- Une liste révisée de sept objectifs du FASSP

Apprentissages clés

La liste de questions d'évaluation élaborée grâce à cette initiative présente un aperçu du rendement du système de soins de santé primaires dans son ensemble, pas seulement des initiatives du FASSP. Cet ensemble de questions a permis aux deux initiatives subséquents de la Stratégie nationale d'évaluation de combiner des branches connexes. On a noté que les objectifs généraux d'un système efficient, efficace et équitable étaient implicites dans le cadre des objectifs du FASSP. Aussi, les documents de politiques et les

évaluateurs qui ont participé à l'initiative ont constamment soulevé les questions de productivité, de la qualité des soins de santé et de la réceptivité des fournisseurs envers les patients. Ces attributs de soins représentent une étape intermédiaire pour réaliser l'efficience, l'efficacité et l'équité du système. Bien qu'ils soient en grande partie sous le contrôle direct des fournisseurs de soins de santé primaires, on a senti qu'ils devraient être intégrés aux objectifs du FASSP. À la lumière de ces observations et d'autres, les spécialistes présents à l'atelier national ont mentionné que la formulation des objectifs du FASSP était ambiguë et qu'elle n'abordait pas toutes les questions d'intérêt en matière de politiques dans l'évaluation du rendement du FASSP. Par conséquent, le nombre original de cinq objectifs en matière de soins de santé primaires a été porté à sept.

Contribution approuvée : 49 838 \$

Personne ressource

Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires
Téléphone : 613-954-5163
Courriel : phctf-fassp@hc-sc.gc.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Initiative d'élaboration d'indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Institut canadien d'information sur la santé

Contexte et objectifs

Afin de mieux comprendre et d'améliorer le renouvellement des soins de santé primaires, Santé Canada a établi la Stratégie nationale d'évaluation du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP). La Stratégie nationale d'évaluation avait deux objectifs : faciliter un processus afin de générer des éléments de preuve concernant les diverses approches en matière de soins de santé primaires et l'incidence du renouvellement des soins de santé primaires et accroître la capacité nationale d'évaluer les soins de santé primaires. La Stratégie nationale d'évaluation compte trois initiatives (des questions d'évaluation, l'élaboration d'indicateurs et la trousse d'instruments d'évaluation) et l'Initiative d'élaboration d'indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires en est la deuxième. Cette initiative, dirigée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) avait deux objectifs : élaborer un ensemble d'indicateurs de soins de santé primaires convenus avec lesquels comparer et mesurer les soins de santé primaires à plusieurs niveaux au sein et dans l'ensemble des administrations; prodiguer des conseils sur l'infrastructure de la collecte de données qui pourrait aider à acquérir les données nécessaires pour faire rapport sur ces indicateurs dans l'ensemble du Canada.

Activités

Au début de 2005, l'ICIS a entrepris l'élaboration d'une liste d'indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires convenus. Les questions d'évaluation de la Stratégie nationale d'évaluation (une composante précédente de la Stratégie nationale d'évaluation intitulée *Evaluating Primary Health Care in Canada : the Right Questions to Ask* [évaluation des soins de santé primaires au Canada : les bonnes questions à poser]) ont servi de fondement à ce processus d'élaboration. On a eu recours à une variété de stratégies pour engendrer des données et pour en arriver à un accord, y compris ce qui suit :

- *Analyses de la conjoncture* : On a examiné des documents nationaux et internationaux sur les cadres et les indicateurs de soins de santé primaires dans le but d'élaborer une liste préliminaire d'indicateurs. D'autres activités d'analyse liées aux sources de collecte de données des indicateurs pancanadiens, provinciaux et territoriaux, et des initiatives de collecte de données sur les soins de santé primaires internationales et novatrices.
- *Deux conférences consensuelles* : Plus de 80 décideurs, fournisseurs, chercheurs et gestionnaires de système ont participé à des conférences pour examiner les indicateurs potentiels et en arriver à un consensus.
- *Groupes de discussion/comités d'experts* : Plus de 60 décideurs, fournisseurs, chercheurs et gestionnaires de système ont participé à la redéfinition des indicateurs et à l'élaboration de spécifications techniques.
- *Consultation pancanadienne/internationale* : Tout au long du processus, l'ICIS a recueilli des données supplémentaires grâce à des consultations menées auprès d'intervenants provinciaux, territoriaux et régionaux, d'associations de professionnels de la santé et de chercheurs travaillant sur la scène internationale.



- *Processus Delphi* : Plus de 70 personnes ont pris part à chacune des trois rondes d'un processus Delphi modifié pour évaluer les indicateurs selon leur degré d'importance.

Ressources

- La liste des 105 indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires (disponible sur le site www.cihi.ca)
- Les rapports *Indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires (Volumes 1 et 2)* (anglais et français)
- Le rapport *Améliorer l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires au Canada* (anglais et français)

Apprentissages clés

Au moyen d'une approche Delphi et de vastes consultations, l'initiative a pu mettre en œuvre un processus participatif et fondé sur les preuves pour l'élaboration d'indicateurs. L'ICIS a relevé les données pancanadiennes de soins de santé primaires actuelles, les lacunes dans les sources de données, les occasions immédiates et à court terme d'élargir les sources de données ainsi que des options relatives à l'amélioration de l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires, au fil du temps. L'établissement d'un

consensus et une communication bilatérale régulière étaient des éléments essentiels au succès de cette initiative. On a dressé la liste finale des 105 indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires convenus, et même si seulement quelques-uns d'entre eux ont actuellement une source de données pertinente, ils ont été activement diffusés partout au Canada. On a déjà distribué plus de 500 listes à des intervenants clés. L'ICIS tient des discussions avec des parrains du Sondage national auprès des médecins et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (les deux sont en cours de réalisation à l'échelle nationale) pour déterminer la possibilité d'en modifier certains éléments et ce, dans le but d'incorporer des questions liées aux indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires.

Contribution approuvée : 1 814 753 \$

Personne ressource

Greg Webster
Directeur, Recherche et développement des indicateurs
Institut canadien d'information sur la santé
Téléphone : 416-481-2002
Courriel : gwebster@cihi.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Trousse d'instruments d'évaluation des soins de santé primaires

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Division des soins de santé primaires et continus, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada

Contexte et objectifs

Afin de mieux comprendre et d'améliorer le renouvellement des soins de santé primaires, Santé Canada a établi la Stratégie nationale d'évaluation du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP). La Stratégie nationale d'évaluation avait deux objectifs : faciliter un processus afin de générer des éléments de preuve concernant les diverses approches en matière de soins de santé primaires et l'incidence du renouvellement des soins de santé primaires et accroître la capacité nationale d'évaluer les soins de santé primaires. La Stratégie nationale d'évaluation comprend trois initiatives (les questions d'évaluation, l'établissement d'indicateurs et la trousse d'instruments d'évaluation) desquelles la *Trousse d'instruments d'évaluation des soins de santé primaires* est la troisième. Le contenu de la trousse a contribué à l'atteinte des objectifs généraux de la Stratégie nationale d'évaluation en renforçant la capacité d'évaluation des soins de santé primaires et en servant de ressource (p. ex. aux gouvernements, aux autorités en matière de santé, aux organismes locaux de soins de santé primaires, aux intervenants, etc.) dans l'évaluation de différentes composantes des soins de santé primaires et de leur renouvellement au Canada. Elle visait à déterminer quels instruments d'évaluation des soins de santé primaires pouvaient être utilisés et quels nouveaux instruments devraient être élaborés en vue de faciliter la collecte des données qui permettront de suivre et de mesurer l'incidence du renouvellement des soins de santé primaires au Canada.

Activités

À l'hiver 2005, un contrat a été attribué à Howard Research & Management Consulting Inc. afin d'élaborer la trousse d'évaluation en matière de soins de santé primaires à l'intention de Santé Canada. L'entreprise a mené les activités suivantes :

- *Une analyse documentaire* : Une recherche nationale et internationale complète sur 30 questions d'évaluation précises a été effectuée afin de déterminer quels instruments avaient été élaborés pour évaluer les soins de santé primaires.
- *Une analyse du contexte* : Trente-cinq entrevues téléphoniques semi-structurées ont été effectuées auprès de cadres supérieurs des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, de spécialistes reconnus en matière de soins de santé primaires et d'évaluation, de représentants d'organismes nationaux importants et d'autres répondants clés afin d'obtenir leurs commentaires sur la nature et la portée de la trousse et de trouver des documents de ressources importants tels que des outils d'évaluation, des cadres et des modèles logiques.
- *Une consultation d'une durée de deux jours* : À cette réunion, 26 spécialistes clés ont été invités à confirmer quels sont les domaines prioritaires pour lesquels des nouveaux outils d'évaluation doivent être élaborés et quels outils d'évaluation existants devraient être intégrés à la base de données de la trousse.
- *Élaboration de la liste finale et de nouveaux instruments* : Huit nouveaux domaines d'intérêt nécessitant l'élaboration de nouveaux outils ont été déterminés : le contexte, les ressources humaines en santé, les équipes multidisciplinaires, la continuité des soins, la qualité des soins, la réduction des risques pour la santé attribuables aux soins de santé primaires et à l'autogestion des soins, la technologie de l'information et les politiques de gestion de la



santé (les ressources humaines en santé et l'équipe multidisciplinaire ont été regroupées en un seul instrument en raison de leur interrelation).

- *Conception d'une trousse d'évaluation* : La trousse comprend une base de données consultable de plus de 600 citations (chacune comprenant un renvoi et un résumé) et outils ainsi que les sept nouveaux instruments (chacun contenant la méthodologie proposée, un processus d'échantillonnage, une analyse des limites et des considérations ainsi que des recommandations d'utilisation). Si une personne s'intéresse à l'un des instruments mentionnés dans l'ensemble de plus de 600 citations, le renvoi devrait permettre à la personne d'entamer le processus consistant à trouver les renseignements nécessaires pour en apprendre davantage à propos de cet instrument.

Ressources

- Base de données consultable de plus de 600 citations et outils
- Sept nouveaux instruments d'évaluation, fondés sur les domaines d'intérêt suivants : le contexte, les ressources humaines en santé, les équipes multidisciplinaires, la continuité des soins, la qualité des soins, la réduction des risques pour la santé attribuables aux soins de santé primaires et à l'auto-gestion des soins, la technologie de l'information et les politiques de gestion de la santé

Apprentissages clés

La trousse sera offerte en anglais et en français sur le site Web de Santé Canada. Elle contient une base de données consultable, qui comprend le résumé des citations liées à la trousse ainsi qu'à chacun des sept nouveaux instruments. Une fois disponible, la trousse :

- servira de ressource aux gouvernements provinciaux et territoriaux, aux autorités régionales de santé, aux organismes de soins de santé primaires et à d'autres intervenants en matière de soins de santé primaires lorsqu'ils évalueront différentes composantes des

soins de santé primaires et de leur renouvellement au Canada;

- fournira quelques-uns des outils nécessaires à la mise en œuvre d'initiatives d'évaluation et à l'évaluation du renouvellement maintenant et dans le futur;
- aidera les gouvernements provinciaux et territoriaux à réunir les éléments probants et les renseignements nécessaires à l'élaboration éclairée de futurs programmes et de futures politiques;
- stimulera notre compréhension des obstacles au renouvellement des soins de santé primaires et des mesures nécessaires pour les contrer;
- nous aidera à comprendre les facteurs du changement et à favoriser un environnement qui les appuie.

Bien que les provinces et les territoires n'en soient pas au même point dans le renouvellement des soins de santé primaires et que, conséquemment, ils ne partagent pas les mêmes priorités et plans, on compte un grand nombre d'obstacles et de facteurs de préoccupations communs sur lesquels on peut se pencher conjointement en élaborant des outils ou des instruments d'évaluation valides. Les incidences de la trousse en matière de politiques et de pratique dépendra des priorités des gouvernements provinciaux et territoriaux. En fournissant des outils pour appuyer la collecte d'éléments probants et de renseignements, la trousse pourrait contribuer à améliorer la qualité des soins, la satisfaction des patients et la gestion des maladies chroniques, à promouvoir la prise de décision plus éclairée, à valider les diverses approches en matière de soins de santé primaires et à stimuler leur rentabilité.

Contribution approuvée : 489 871 \$

Personne ressource

Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires
Téléphone : 613-954-5163
Courriel : phctf-fassp@hc-sc.gc.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Enveloppe nationale

Outils de transition

Composante fédérale-provinciale-territoriale



Amélioration des soins de santé primaires : Apprentissage et application dans le cadre d'un modèle de système

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Faculté de médecine de l'Université Memorial et Bureau des soins de santé primaires du ministère de la Santé et des services communautaires du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador; avec le ministère de la Santé du gouvernement de la Colombie-Britannique; la Direction générale des services de soins de santé primaires du ministère de la Santé de la Saskatchewan; le ministère de la Santé du gouvernement du Manitoba; le ministère de la Santé et des soins de longue durée du gouvernement de l'Ontario; la Faculté de médecine familiale de l'Université d'Ottawa; la Faculté de médecine de l'Université de la Saskatchewan

Contexte et objectifs

Cette initiative découle d'une reconnaissance partagée entre les provinces partenaires où les facilitateurs sont efficaces en ce qui concerne le soutien des processus de renouvellement des soins de santé primaires. Les facilitateurs font participer les intervenants aux processus de changement et renforcent les capacités requises pour faire avancer le changement. S'appuyant sur leur expérience internationale précédente, plusieurs administrations canadiennes avaient intégré des facilitateurs à leurs stratégies de renouvellement en matière de soins de santé primaires et avaient découvert que leur expertise et que l'intérêt qu'ils portaient au changement contribuaient à renforcer les capacités requises pour soutenir le changement au fil du temps. Plus particulièrement, les provinces avaient intégré des facilitateurs dans le cadre d'un modèle visant à soutenir la constitution d'équipes et le développement communautaire et à améliorer l'intégration d'activités de prévention à la pratique des médecins. Voici quels étaient les objectifs particuliers de l'initiative de facilitation :

- créer un guide qui explore la façon selon laquelle le modèle de facilitation a été et peut être utilisé dans le cadre des processus de renouvellement en matière de soins de santé primaires dans le contexte canadien;
 - fournir des renseignements sur des outils qui ont été élaborés à l'échelle du pays et qui facilitent le changement en matière de soins de santé primaires;
 - offrir un soutien afin de renforcer les capacités de facilitation à l'échelle du pays;
 - appuyer un processus de collaboration qui permettrait d'atteindre les objectifs susmentionnés.



Activités

L'initiative a été en vigueur d'avril 2005 à septembre 2006 et était axée sur la conception d'un guide de facilitation canadien par l'entremise d'un processus de collaboration entre différentes sphères de compétence. Les activités comprenaient :

- une analyse documentaire et une première consultation avec des intervenants clés dans les provinces partenaires;
- l'élaboration d'une première ébauche du guide de facilitation, présentée à un atelier national;
- l'intégration de commentaires provenant de cet atelier à une ébauche révisée de ce guide;
- une visite à des principaux spécialistes de facilitation du Royaume-Uni afin de recueillir d'autres observations;
- des sondages en ligne et des séances d'orientation avec plus de 250 participants à la grandeur du Canada afin de recueillir d'autres commentaires en vue de la révision ultérieure;
- un examen concerté du document et la production de la version finale;
- une évaluation afin de déterminer l'efficacité de la collaboration entre les différentes sphères de compétence et du guide de facilitation.

Ressources

- *Guiding Facilitation in the Canadian Context: Enhancing Primary Health Care* (offert en anglais et en français) est disponible sur les sites Web provinciaux et territoriaux.

Apprentissages clés

La principale contribution de l'initiative constitue l'élaboration d'un modèle de changement fondé sur des éléments probants et la pratique. Le modèle de facilitation s'est avéré une importante méthode centrale afin de soutenir les processus de changement continu en matière de soins de santé primaires. La contribution la plus concrète de l'initiative est le guide de facilitation en soi, qui reflète les apprentissages, les pratiques et les expériences de professionnels de la santé à la grandeur du Canada. Le guide est un outil pratique, applicable à de nombreux milieux et utile à ceux qui dirigent le changement en matière de soins de santé primaires. Toutefois, il nécessitera une mise à jour continue afin de demeurer actuel.

Lors des consultations, les participants ont exprimé le besoin de recevoir une formation supplémentaire sur la facilitation et l'utilisation des outils. Ils croient également que le perfectionnement professionnel continu sera essentiel au renforcement des capacités des facilitateurs actuels et à venir. Des facilitateurs de partout au pays pourront continuer de collaborer entre eux grâce à des occasions de réseautage et à la création d'une collectivité de pratique virtuelle.

L'initiative a également démontré l'efficacité de la collaboration entre les multiples sphères de compétence

en atteignant des objectifs importants tout en respectant des délais serrés et en s'appuyant sur le travail des uns et des autres. La structure de gestion du projet a favorisé la bonne communication, le partage de renseignements en temps opportun et l'établissement de processus décisionnels efficaces. Le partage des ressources entre les provinces et les administrations a permis de créer des occasions qui, autrement, n'auraient peut-être pas été possibles, compte tenu du budget limité et des délais serrés. La suggestion consistant à former un groupe de travail national qui toucherait toutes les administrations et qui serait soutenu à l'échelle provinciale et territoriale provient de cette initiative. Ce groupe de travail pourrait continuer à soutenir le réseau et la collaboration des facilitateurs.

Contribution approuvée : 445 600 \$

Personne ressource

Sheila Miller
Directrice, Planification et évaluation
Ministère de la Santé et des services communautaires
Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador
Téléphone : 709-729-7075
Courriel : millers@gov.nl.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Assurer des soins de santé primaires dans le Nord grâce aux connaissances traditionnelles : Une initiative à l'échelle des territoires

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Nunavut; avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Yukon; le ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Contexte et objectifs

Afin d'être efficaces dans la restauration et le maintien de la santé, les services doivent refléter la culture des gens à qui ils s'adressent. Cette réalité est particulièrement vraie dans les collectivités nordiques et éloignées où il y a une solide culture autochtone et divers besoins en santé. Les fournisseurs de services de santé et de services sociaux doivent consulter les collectivités et les faire participer à la détermination des besoins et des priorités de la population. Cette initiative panterritoriale visait à fournir aux fournisseurs de services de santé et de services sociaux une meilleure connaissance de l'histoire, de la culture, des pratiques en santé et des techniques de guérison traditionnelles des Autochtones du Nord de manière à ce qu'ils soient davantage en mesure de démontrer une compétence culturelle lorsqu'ils fournissent des services aux habitants du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut.

Activités

L'initiative a été en vigueur entre 2005 et 2006.

La principale activité consistait en la production et en la diffusion d'un DVD aux fins d'orientation et de perfectionnement continu des fournisseurs de services de santé et de services sociaux, ce qui a été accompli grâce aux activités suivantes :

- Établissement d'un groupe de travail sur l'initiative représenté par les trois gouvernements et des conseillers autochtones de chaque territoire.
- Tenue d'un atelier en personne en juillet 2005 afin de discuter de l'élaboration et de la production du DVD. Cinq grandes catégories devant être abordées ont été déterminées : comprendre un mode de vie différent, valoriser la collectivité, adopter une attitude holistique, respecter les connaissances traditionnelles et l'Inuit Qaujimajatuqangit et communiquer avec respect.
- Établissement de groupes consultatifs locaux dans chaque territoire afin de coordonner et de superviser la collectivité locale et la participation individuelle à l'égard du projet.
- Production du DVD. Des renseignements sur l'histoire, la culture, les pratiques en santé et les techniques de guérison des Autochtones du Nord ont été recueillis à partir du point de vue de la collectivité autochtone, au moyen d'entrevues filmées avec des personnes physiques identifiées, dont des personnes âgées provenant de plusieurs collectivités de chaque territoire. Les renseignements ont servi à illustrer la géographie, les groupes autochtones et la pratique culturelle de chaque territoire ainsi que les milieux dans lesquels les services de santé et les services sociaux sont fournis.
- Lancement du DVD et promotion de son utilisation dans l'orientation et le perfectionnement continu des fournisseurs de services de santé et de services sociaux.



Une évaluation interne du DVD a été effectuée, comprenant des réunions de groupes de discussion dans chaque territoire et un examen de la part de chaque groupe de travail territorial.

Ressources

- Le DVD *A Different Way of Living* [Un mode de vie différent] comprenant une introduction, une conclusion et trois sections distinctes, chacune soulignant la culture et la tradition de chaque territoire respectif. Le DVD couvre des domaines tels que la façon de comprendre le point de vue des Autochtones du Nord en matière de santé, la façon d'aborder les dirigeants communautaires et les personnes âgées, la façon de poser des questions à un Autochtone au sujet des méthodes curatives traditionnelles ainsi que l'importance de la culture par rapport aux pratiques en santé et aux techniques de guérison.

Apprentissages clés

On a mené cette initiative tout en faisant preuve de respect à l'égard des connaissances traditionnelles et des expériences des peuples autochtones et des collectivités du Yukon, des Territoires du Nord Ouest et du Nunavut. Les commentaires reçus laissent entendre que le DVD était perçu comme une ressource très utile qui devrait servir à l'orientation de nouveaux fournisseurs de services de santé et de services sociaux. Les personnes qui ont été consultées ont jugé le contenu approprié et ont apprécié qu'on emploie des sous-titres, plutôt que des doublures, parce qu'ils donnent la chance aux nouveaux employés d'entendre une langue autochtone.

Dans le cadre de l'initiative, on a été en mesure de relever plusieurs défis relatifs aux processus. Le fait de travailler dans trois territoires a présenté quelques difficultés : l'établissement d'une administration responsable était important et a empêché le processus d'aboutir à une impasse aux points de décision critiques. Bien que chaque collectivité du Nord ait sa propre culture particulière et des traditions, il a été impossible de faire ressortir chaque collectivité en raison de contraintes géographiques et logistiques. La réunion en personne s'est révélée inutile à la compréhension commune du point de vue particulier de chaque territoire. Le recours à des groupes consultatifs locaux a contribué à fournir un soutien et des conseils tout au long de l'initiative.

Avant le début de cette initiative, peu d'outils existaient afin d'aider à préparer les fournisseurs de services de santé et de services sociaux à travailler dans des régions nordiques ou éloignées. Le DVD produit dans le cadre de cette initiative est l'un de ces outils. Il améliorera la compétence culturelle des personnes qui fournissent des services de soins de santé primaires à la population des trois territoires et sera particulièrement utile aux employés nouveaux ou potentiels des domaines de la santé et des services sociaux.

Contribution approuvée : 494 761 \$

Personne ressource

Barbara Harvey
Spécialiste des soins infirmiers communautaires
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement du Nunavut
Téléphone : 867-982-7655
Courriel : bharvey@gov.nu.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Atelier sur les soins de santé primaires et la télésanté : Établissons les liens

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Unité des soins de santé primaires de Santé Manitoba; avec Télésanté Manitoba; l'Office régional de la santé de Winnipeg

Contexte et objectifs

Les efforts visant à réformer le système de soins de santé ont mis l'accent sur les soins de santé primaires et la télésanté. Bien que la télésanté ait le potentiel d'améliorer et de renforcer les programmes de soins de santé primaires, d'améliorer l'accès à des services et leur intégration et de permettre des contacts meilleurs et élargis entre les praticiens et le public, les liens entre les soins de santé primaires et la télésanté n'ont fait l'objet que de peu d'examen jusqu'ici. L'atelier *Établissons les liens* visait à établir des liens efficaces, pratiques et possibles entre les initiatives de soins de santé primaires et celles de télésanté au niveau des administrations. L'intention était de renforcer les processus et les structures déjà en place pour passer aux prochaines étapes et d'en tirer profit. L'atelier visait donc les objectifs suivants : servir de forum pour l'échange d'information et la planification créative; permettre aux réseaux de télésanté de déterminer les structures opérationnelles et technologiques nécessaires pour appuyer les initiatives de soins de santé primaires et de planifier leur gestion; permettre aux participants de déterminer comment la télésanté pourrait appuyer leurs objectifs; faire participer des décideurs clés dans la planification conjointe pour cerner des occasions d'appuyer les investissements actuels dans les soins de santé primaires et la télésanté au niveau des administrations en renforçant la capacité, l'infrastructure et l'expertise actuelles; définir des priorités concrètes pour chaque administration.

Activités

L'atelier national Les soins de santé primaires et la télésanté : Établissons les liens a eu lieu à Winnipeg les 22 et 23 septembre 2005.

La première journée était axée sur ce qu'il fallait pour établir des liens réussis entre les soins de santé primaires et la télésanté, et les participants ont examiné de nouvelles façons d'envisager et de mettre en pratique les solutions et les idées qu'offre la technologie pour créer un système de soins de santé viable. Les participants ont présenté des études de cas de l'Ontario, du Manitoba ainsi que de Terre-Neuve-et-Labrador. Ils ont également défini les 10 points clés prioritaires qui doivent faire l'objet d'un examen et/ou dont il faut tenir compte pour établir des liens efficaces entre les soins de santé primaires et la télésanté. Les voici :

- 1) restructurer le système pour utiliser la technologie à de nouvelles fins, comme permettre la prestation de diagnostics et de soins appropriés;
- 2) insister sur l'importance du rassemblement de personnel clinique;
- 3) s'attaquer aux problèmes que présentait l'isolement géographique pour ce qui est d'établir une connexion pour les communautés rurales et isolées;
- 4) élaborer un modèle de financement durable de manière à ce que les initiatives de télésanté et de soins de santé primaires soient non seulement fondées sur des projets, mais qu'elles soient également intégrées à la prestation des services;
- 5) composer avec des facteurs de coût dans la fourniture de liens aux communautés rurales et isolées;
- 6) utiliser la technologie pour améliorer les tendances en matière d'aiguillage;
- 7) aborder les problèmes de sécurité et de responsabilité;



- 8) créer des occasions d'éducation officielle pour les professionnels de la santé de manière à ce que la technologie devienne une composante acceptée de la pratique clinique;
- 9) faire participer et habiliter la communauté à tous les niveaux lors de la planification des approches à la prestations des services (y compris la télésanté) et faire participer les fournisseurs de services sociaux et d'autres services;
- 10) tenir compte des changements démographiques lors de la planification des services.

La deuxième journée était axée sur les prochaines étapes. Les participants ont travaillé en groupes juridictionnels pour trouver des idées et des priorités concrètes relativement à des liens pour leur province/territoire, y compris :

- fournir un forum de suivi au niveau des administrations ou organiser un atelier dans le cadre duquel les représentants des soins de santé primaires et de télésanté pourraient discuter des secteurs où l'on pourrait établir des liens ou les élargir;
- utiliser les réseaux, les services et les programmes de télésanté existants pour appuyer les initiatives actuelles de soins de santé primaires liées à l'éducation des fournisseurs et du public et créer des équipes multifonctionnelles de collaboration;
- élaborer des projets pilotes novateurs pour appuyer les nouvelles initiatives de soins de santé primaires au moyen de la télésanté et, dans la mesure du possible, utiliser l'infrastructure et les programmes actuels;
- s'efforcer d'intégrer la télésanté aux programmes soutenus.

Ressources

Le site Web de l'initiative, **www.makingthelinks.mbtelehealth.ca**, contient des documents liés à l'atelier, y compris une analyse de l'environnement et un aperçu juridictionnel.

Apprentissages clés

L'atelier a permis à 54 représentants des soins de santé primaires et de la télésanté de toutes les administrations du Canada de partager de l'information et de déterminer les façons dont on pourrait utiliser l'infrastructure de télésanté actuelle de chaque administration pour appuyer la réforme des soins de santé primaires et soutenir le système de soins de santé. L'atelier a aidé à ouvrir les yeux des participants aux possibilités des services de télésanté : ils peuvent servir à éduquer les fournisseurs et le public sur les initiatives liées à la promotion de la santé et à la prévention des maladies et des blessures; ils peuvent appuyer les professionnels qui travaillent dans les communautés rurales et isolées; et ils peuvent améliorer l'accès à des services spécialisés.

L'atelier a donné l'occasion de sensibiliser à l'égard des outils déjà établis, en mettant l'accent sur les nouvelles utilisations et applications dans le contexte de la télésanté dans les soins de santé primaires. Les participants en ont appris davantage sur la façon dont les technologies de communication de l'information pourraient fondamentalement changer les modèles de pratique des fournisseurs de soins de santé, accroissant leur capacité à appuyer les populations distribuées et à établir plus facilement une connexion avec des collègues éloignés. L'atelier a été conçu pour encourager l'établissement de liens entre et parmi les initiatives de soins de santé primaires et de télésanté au niveau des administrations et pour servir de catalyseur à l'intégration de la télésanté en vue d'appuyer le renouvellement des soins de santé primaires. Somme toute, l'atelier a aidé les participants à se rendre compte que la télésanté, c'est bien plus que son rôle traditionnel qui consiste à la prestation de services de soins actifs aux communautés éloignées.

Contribution approuvée : 249 500 \$

Personne ressource

Liz Loewen
Directrice, Télésanté Manitoba
Office régional de la santé de Winnipeg
Téléphone : 204-975-7738
Courriel : lloewen@mbtelehealth.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : **www.santecanada.gc.ca/fassp**.

Devenir partenaires : Une consultation visant à consolider l'appui à une stratégie canadienne de prestation de soins parmi les fournisseurs de soins de santé primaires

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Coalition canadienne des aidantes et des aidants naturels; avec la Fondation de la famille J.W. McConnell; la Fondation Max Bell; les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (VON Canada); le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Cavendish

Contexte et objectifs

Comme les soins passent du milieu institutionnel à la collectivité et à la maison, les rôles et les responsabilités des aidants naturels sont de plus en plus importants. Certains des principaux rapports fédéraux ont permis de déterminer l'importance des soins par les aidants naturels et de plaider en faveur de l'intégration de ce rôle dans le cadre des soins de santé à l'échelle nationale, ce qui n'a toutefois pas été fait. Le défi consiste à reconnaître les différents besoins des aidants et à déterminer la façon de les intégrer à la réforme des soins de santé primaires. La Coalition canadienne des aidantes et des aidants naturels et ses partenaires ont créé un cadre stratégique qui soutient les aidants naturels dans le cadre du renouvellement des soins de santé primaires et elle les intègre en tant que partenaires en matière de soins. Cette initiative visait à susciter la sensibilisation et la compréhension parmi les fournisseurs de soins de santé primaires concernant les obstacles auxquels sont confrontés les aidants, à élaborer des approches visant à intégrer les aidants aux soins de santé primaires, à créer des liens entre les intervenants, à solliciter des commentaires sur le cadre stratégique de la Coalition et à présenter des outils qui modifient les connaissances, l'attitude et la pratique des fournisseurs de soins de santé. L'équipe de l'initiative espérait que les intervenants en viennent à voir les aidants naturels comme des membres intégraux de l'équipe soignante, et qu'ils tiennent compte de l'importance d'évaluer les besoins des aidants et ceux des patients.



Activités

La seule activité relative à l'initiative consistait en un symposium national d'une durée de deux jours tenu à Ottawa les 16 et 17 novembre 2005. Des représentants de plus de 30 organismes d'intervenants ont participé à l'événement, y compris des organismes nationaux de santé, des organismes de soutien aux prestataires de services de soins de santé primaires et aux aidants ainsi que des chercheurs universitaires. Le symposium était conçu pour créer un dialogue entre les organismes aidants et les organismes nationaux de fournisseurs de soins de santé concernant des stratégies visant à faire en sorte que les aidants naturels et les prestataires de services deviennent de véritables partenaires en matière de soins. L'ordre du jour comprenait des séances sur les obstacles auxquels sont confrontés les aidants naturels et les fournisseurs de soins, les outils pour guider la pratique, les stratégies pour faire progresser les initiatives de fournisseurs de soins à l'échelle nationale et les outils de marketing social pour contribuer à ce processus. L'évaluation comprenait un questionnaire à l'intention des participants et une réunion de bilan après l'événement. Des commentaires obtenus à la suite du symposium ont servi à redéfinir le cadre stratégique de la Coalition canadienne des aidantes et des aidants naturels.

Ressources

- Le *Cadre pour une stratégie canadienne en matière de prestation de soins* est disponible sur le site Web de la Coalition canadienne des aidantes et des aidants naturels : www.ccc-ccan.ca en français et en anglais
- Un outil d'évaluation pour les aidants a été présenté lors du symposium et des commentaires ont été sollicités en vue de la prochaine répétition

Apprentissages clés

Le symposium a constitué une excellente première étape afin d'améliorer la compréhension parmi les intervenants concernant les défis auxquels sont confrontées les collectivités d'aidants et de fournisseurs de services. Cette initiative a facilité le partage des connaissances, l'établissement de liens et a créé un potentiel en vue d'une collaboration parmi les intervenants. De nombreux participants ont exprimé le désir de continuer le réseautage après le symposium, et certains ont affirmé avoir obtenu des idées et des renseignements nouveaux qui pourraient être intégrés à des propositions futures et à des activités de promotion. Les participants ont appris par quels moyens d'autres groupes avaient élaboré des stratégies nationales et ont obtenu des renseignements utiles des gouvernements fédéral et provinciaux en ce qui concerne la planification des prochaines étapes.

On a convenu que le cadre de la stratégie canadienne de prestation de soins constituait un outil opportun et qu'il devrait être financé. De nombreux intervenants ont accordé de l'importance à la possibilité de contribuer à l'élaboration du cadre et à la vision de la stratégie. L'initiative a également offert un soutien pratique et concret à ceux qui participent au renouvellement des soins de santé primaires. Les participants ont trouvé qu'un grand nombre d'outils présentés lors de l'événement étaient extrêmement utiles, dont la vidéo

du Dr Mark Nowaczynski, intitulée *House Calls* [Visites à domicile], portant sur la pratique familiale et les personnes âgées de Toronto confinées à la maison, des présentations des membres du projet de renouvellement des soins, la présentation sur le marketing social de Jane Petricic ainsi que l'outil d'évaluation pour les aidants. Les participants ont indiqué que ces outils allaient être utiles afin de mettre la politique en pratique au moment où une stratégie nationale de prestation de soins commence à prendre forme.

La durabilité de ce projet dépend des ressources, de l'intérêt soutenu et de la collaboration active de ceux qui ont participé au symposium. L'événement a donné un bon élan et, grâce à un soutien adéquat, la Coalition prévoit que la création d'une stratégie canadienne de prestation de soins s'ensuivra.

Contribution approuvée : 23 135 \$

Personne ressource

Linda Lysne
Directrice exécutive
Coalition canadienne des aidantes et des aidants naturels
Téléphone : 613-233-5694
Courriel : llysne@sympatico.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Mesure de la rentabilité des soins de santé primaires : Élaboration d'un cadre de travail méthodologique pour la recherche future

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé (RCACCS); avec l'Association des centres de santé de l'Ontario (ACSO); l'Université de Toronto

Contexte et objectifs

Malgré l'existence au Canada de plusieurs modèles de prestation de services de soins de santé primaires (SSP), le pays ne dispose pas de méthodes qui permettraient de comparer systématiquement leur rentabilité ou les répercussions qu'ils exercent sur les effets sur la santé. La portée des initiatives antérieures d'examen de l'efficacité économique des SSP est extrêmement limitée (elles étaient souvent axées sur la rentabilité d'une seule intervention). C'est pourquoi elles sont peu utiles pour les décideurs. De façon semblable, les examens visant à déterminer l'efficacité, dont la rentabilité, de modèles particuliers de SSP posent une multitude de défis. Parmi ceux-ci, citons : l'importance accordée aux soins primaires plutôt qu'aux SSP; la difficulté d'établir des liens clairs entre les SSP et les intrants, les extrants et les résultats; une mise en évidence marquée sur les personnes plutôt que sur les familles et la santé communautaire; la difficulté de déterminer et de comparer les modèles de SSP; les problèmes qui découlent de l'évaluation du rendement de quelques modèles ainsi que de la formulation de comparaisons hors contexte; et l'utilisation de méthodologies de recherche économique qui ne sont pas perfectionnées de façon à aborder des questions de recherche propres aux systèmes et aux modèles de SSP.

La présente initiative nationale a jeté les bases d'un programme exhaustif en vue de l'analyse de l'efficacité économique [rentabilité] des SSP. Un programme de ce genre fournira aux décideurs une preuve et des outils qui favoriseront des investissements plus rentables dans le système de soins de santé.

Le programme a été conçu au moyen de vastes consultations auprès de plus de 80 chercheurs, administrateurs, bailleurs de fonds et décideurs du domaine des SSP, à l'occasion de deux réunions de « groupes de réflexion » qui se sont déroulées en 2006.



Activités

Les principales activités entreprises dans le cadre de l'initiative ont englobé :

- la création de comités directeurs et consultatifs techniques représentant les fournisseurs de SSP, les chercheurs, les économistes de la santé et les gouvernements;
- la tenue de deux réunions de groupes de réflexion, qui ont regroupé 80 experts en politique et en économie de la santé de même que des représentants des gouvernements et de groupes professionnels de la santé; lors de la première réunion, les participants ont dégagé les principales questions administratives à étudier en vue de l'évaluation économique des SSP; la seconde réunion a porté sur les questions en matière de recherche économique;
- l'élaboration d'une proposition de recherche par un groupe représentant trois universités et le Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé (RCACCS); le groupe s'est inspiré de ces discussions et a présenté la proposition à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) en vue d'obtenir un financement pour améliorer davantage ses connaissances dans ce domaine.

Ressources

L'initiative a débouché sur la production de ressources, dont les suivantes :

- *Consistent Values: A shared framework: A way forward to adaptive primary health care systems across Canada* [Valeurs uniformes—Cadre de travail commun : Voie à suivre pour établir des systèmes adaptatifs de soins de santé primaires au Canada]; cette ressource démontre que l'évaluation des SSP doit être conforme à la vision et aux valeurs préconisées par le Canada pour les SSP dans le cadre de ses ententes internationales (Déclaration de Montevideo);

- *A Modified Logic Model for PHC* [Modèle logique modifié pour les SSP]; s'appuie sur le travail effectué par Diane Watson et collaborateurs pour harmoniser un modèle logique fondé sur les résultats, afin d'intégrer les concepts de santé de la population et de renforcement des capacités ainsi que la taxinomie des modèles de prestation des services de SSP;
- *Economic evaluation of health promotion* [Évaluation économique de la promotion de la santé]; on y décrit les défis liés à l'évaluation économique de la promotion de la santé;
- *Economic evaluation of social capital and community capacity building* [Évaluation économique du renforcement des capacités communautaires et du capital social]; on y présente les défis associés à la mesure et à l'évaluation du renforcement des capacités communautaires;
- *Theories of change—PHC as a complex adaptive system* [Théories du changement—Les SSP : Un système adaptatif complexe]; se penche sur l'application des théories du changement en fonction du système de soins de santé;
- *Next Steps: A research proposal to investigate the performance of PHC systems* [Prochaines étapes : Proposition de recherche visant l'étude du rendement des systèmes de SSP]; favorise l'étude d'évaluation économique en proposant un programme de recherche afin de décrire et d'examiner les systèmes de SSP des différentes administrations canadiennes.

Apprentissages clés

Il existe de nombreux modèles de SSP au Canada. Cependant, aucun d'entre eux ne constitue le modèle « idéal ». Au contraire, les données semblent indiquer que l'approche optimale consiste à créer un système de SSP en s'inspirant de la meilleure combinaison de modèles de SSP de manière à répondre aux besoins des communautés et des familles, étant donné leurs caractéristiques. L'initiative a entraîné l'établissement de partenariats en milieu universitaire de même qu'au sein des communautés de recherche et de SSP au Canada. En outre, en exploitant les compétences et connaissances collectives de ces intervenants, l'initiative a permis de mettre au point un programme

de recherche qui privilégie la description des systèmes de SSP dans les différentes administrations, ainsi que la mesure de leur rendement. Ce programme de recherche a été conçu en fonction des principes suivants :

- Engagement du Canada à l'échelon international à l'égard des valeurs et des principes de SSP (Déclaration de Montevideo, 1995), à titre de norme de comparaison;
- Approche axée sur la santé de la population, qui examine la santé de la communauté tout entière plutôt que celle de chaque personne, qui pourrait avoir besoin de soins à n'importe quel moment;
- Perspective à long terme qui renferme l'utilisation par la population du système de santé intégral sur une période prolongée (pour réaliser des économies aux niveaux secondaire et tertiaire, à partir des investissements effectués pour les SSP);
- Traitement des SSP à titre de système, plutôt que comme groupe de fournisseurs isolés et individuels;
- Examen de l'influence du contexte sur la conception et le rendement des systèmes de SSP;
- Désignation des modèles de changement qui aident le mieux à comprendre les SSP (à savoir si le système de soins de santé représente un système adaptatif complexe ou un système compliqué).

La compréhension des systèmes de SSP—et des facteurs qui influencent leur rendement—devrait renforcer la capacité des gouvernements et des régies régionales de la santé (RRS) de prendre des décisions éclairées en vue de la gestion et de la réforme de leurs systèmes de SSP.

Contribution approuvée : 351 174 \$

Personne ressource

Ken Hoffman
Cogestionnaire de projet
Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé
Téléphone : 613-729-0308
Courriel : khoffman@web.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Modèles de rémunération des médecins de famille et renouvellement des soins de santé primaires

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse; avec les District Health Authorities de Nouvelle-Écosse; l'IWK Health Centre; l'organisme Doctors Nova Scotia

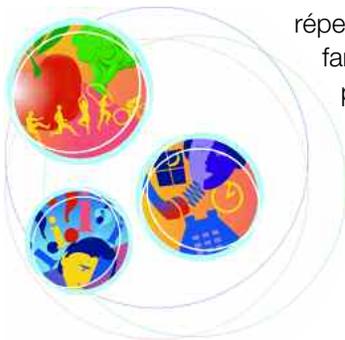
Contexte et objectifs

Les défis auxquels fait actuellement face le renouvellement des soins de santé primaires (SSP) comprennent un manque d'attention et d'infrastructures à l'appui de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Le renouvellement des SSP est également rendu difficile par les options actuelles de rémunération des médecins du système, qui sont axées sur le volume de patients examinés. L'objectif d'ensemble de la présente initiative était d'acquiescer une meilleure compréhension des modèles de rémunération des médecins de famille dans le contexte du renouvellement des SSP, et ce, tant du point de vue du fournisseur de soins que du bailleur de fonds. L'initiative visait également à faciliter le transfert des connaissances au Canada.

Activités

Cette initiative d'une année a pris fin le 31 mars 2006. Au cours de cette période, les responsables de l'initiative ont :

- réalisé une analyse critique de la documentation (recherches et évaluations) nationale et internationale portant sur les différentes options de rémunération des médecins de famille;
- fait l'inventaire des modèles actuels de rémunération des médecins de famille utilisés au Canada (Cette activité comprenait l'examen des facteurs suivants : les effets de ces modèles sur le renouvellement des SSP; la disposition des médecins à l'égard des modèles; les répercussions sur les médecins de famille; les répercussions sur les pratiques des autres fournisseurs de SSP; la facilité du processus de mise en œuvre ou les problèmes rencontrés; les répercussions financières des modèles);



- organisé une conférence à Halifax pour présenter les conclusions tirées de l'analyse documentaire et de l'inventaire des modèles, ainsi que pour aider les 100 intervenants clés présents à mettre au point des options adaptées à leurs propres intérêts et sphères de compétences;
- évalué le processus du projet et ses répercussions sur les intervenants qui y ont participé.

Ressources

- Analyse de la documentation portant sur les options de rémunération des médecins de famille
- Inventaire des modèles actuels de rémunération des médecins de famille utilisés au Canada
- Actes de la conférence sur la rémunération des médecins de famille dans le contexte des SSP
- **www.fppay.com**, le site Web de l'initiative

Apprentissages clés

L'analyse documentaire et l'inventaire des modèles de rémunération démontrent que la question de la rémunération des médecins de famille demande des solutions diverses et adaptables. Il n'y a pas de solution unique. On trouve peu de preuves pour démontrer qu'un système donné (p. ex. capitation, à salaire, à contrat) est plus efficace et efficient que le système de rémunération à l'acte et qu'il offre une meilleure optimisation des ressources ou des soins de qualité accrue. En fait, la preuve concernant les liens entre les méthodes de paiement et les modèles de pratiques est faible et provient surtout des États-Unis, un pays dont l'environnement politique est très différent de celui du Canada. Les conclusions des quelques études qui se sont penchées sur les résultats cliniques ne permettent pas de se prononcer à ce sujet. L'analyse de la documentation théorique et empirique indique que les décideurs voudront peut-être envisager un modèle de rémunération hybride s'inscrivant dans un

ensemble complet de conditions. Selon les participants à la conférence, les incitatifs financiers ne sont pas le plus important déterminant du comportement des médecins, mais figurent tout de même parmi les moyens d'influencer les comportements au sein du système de soins de santé.

D'un point de vue général, les modèles de rémunération semblent avoir un effet favorable sur la prestation des services de santé. En se tournant vers l'avenir, on constate la nécessité d'investir suffisamment dans de nouveaux modèles de prestation ainsi que dans le système de rémunération utilisé et dans les résultats qu'il produit. On note l'absence d'études concrètes concernant l'effet de la rémunération des médecins sur le renouvellement des SSP. Il est à espérer que les

leçons apprises au cours de cette initiative influenceront les prochains travaux entrepris dans ce domaine par tous les gouvernements, car elle a clairement démontré le besoin d'une politique cohérente concernant la rémunération des médecins.

Contribution approuvée : 506 000 \$

Personne ressource

Ian Bower
Directeur, Services des médecins
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
Téléphone : 902-424-2738
Courriel : bowerib@gov.ns.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : **www.santecanada.gc.ca/fassp**.

Premières nations et les Inuits : Sommet national télésanté Planification concertée des services communautaires de télésanté : 2005–2015

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) :

Assemblée des Premières Nations (APN) : Direction des soins de santé; avec l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AllAC); l'Aboriginal Telehealth Knowledge Circle (ATKC); l'Inforoute Santé du Canada (ISC); la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada; l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK); l'Organisation nationale de santé autochtone (ONSA); les directeurs provinciaux de télésanté

Contribution approuvée : 500 000 \$

Résumé :

Cette initiative mettait l'accent sur la télésanté à l'intention des Autochtones. Elle visait la tenue d'un sommet national qui rassemblerait les intervenants fédéraux, provinciaux, territoriaux et communautaires du domaine de la télésanté afin de partager les connaissances apprises dans ce domaine et qui aurait comme objectif de se concentrer sur les pratiques et les leçons apprises. Le sommet a eu lieu à Winnipeg, les 23 et 24 septembre 2005; il a attiré 197 participants de partout au pays. Il y a eu des séances portant sur la façon :

- d'élaborer une compréhension commune des nouvelles technologies;
- de planifier l'intégration dans les réseaux de télésanté provinciaux, territoriaux et fédéraux;
- de planifier une inclusion culturelle appropriée;
- d'expliquer comment une variété de processus et de technologies pourraient être utilisés comme moyen de prestation de services de soins de santé primaires durables dans les communautés pour réduire la pression exercée sur l'ensemble du système de soins de santé primaires.

Lors du sommet, les participants ont également élaboré des stratégies destinées à favoriser le développement des ressources humaines afin d'encourager les jeunes et les membres de la communauté à comprendre et à utiliser les technologies. Les parrains de l'initiative souhaitent que le sommet mène à une utilisation plus efficace des services communautaires et à de plus amples occasions en ce qui concerne la vie communautaire et le nombre d'emplois locaux durables.

Le feuillet d'information et le rapport complet sont offerts dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.



Renforcement des capacités dans les soins de santé primaires : Diffusion des pratiques exemplaires dans les équipes interdisciplinaires des centres de santé communautaires

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé (RCACCS); avec l'Association des centres de santé de l'Ontario (ACSO)

Contexte et objectifs

Les centres de santé communautaire (CSC) des quatre coins du pays fournissent des soins de santé primaires par l'entremise d'équipes interdisciplinaires depuis plus de trente ans. Malgré cette vaste expérience, il existe peu de documentation ou de recherche sur les méthodes utilisées et l'efficacité des équipes interdisciplinaires qui travaillent dans ces centres. Notons toutefois une exception, soit la recherche exécutée par l'Association des centres de santé de l'Ontario (ACSO) et intitulée *Best Practices in the Evaluation of Interdisciplinary Primary Health Care Teams* [Pratiques exemplaires dans l'évaluation des équipes interdisciplinaires de soins de santé primaires]. Cette recherche a permis d'établir des pratiques exemplaires et de mettre au point une formation et des ressources en vue de la création et de l'évaluation de bonnes équipes de soins de santé primaires (SSP) dans les CSC de l'Ontario. Ce projet de l'ACSO a entraîné la conception d'une trousse documentaire qui résume les travaux de recherche pertinents dans le cadre du travail des équipes interdisciplinaires. Également, cette trousse renferme un outil d'autoévaluation, des études de cas ainsi qu'un guide d'intervention qui comprend des renseignements sur la façon de surmonter les obstacles liés aux soins prodigués par les équipes interdisciplinaires.

Dirigée par le Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé (RCACCS), la présente initiative nationale visait à adapter et à diffuser les ressources produites en Ontario, d'abord pour le personnel des CSC de l'ensemble du Canada, puis pour les fournisseurs de SSP à l'extérieur des CSC. De façon précise, l'initiative avait comme objectif : de distribuer à l'échelon pancanadien la trousse documentaire, élaborée en Ontario; de faire traduire les documents connexes pour répondre aux besoins des communautés francophones du Canada; et d'appliquer une stratégie de maintien à long terme de l'offre des ressources didactiques auprès des CSC et des autres fournisseurs de SSP.



Activités

Les activités privilégiaient la diffusion des travaux de recherche et de la trousse documentaire, et englobaient :

- la distribution de la trousse documentaire auprès de tous les CSC du Canada et l'affichage de cette information sur les sites Web pertinents;
- la présentation d'une séance de « formation des formateurs » à l'intention des experts du Canada qui visait à les initier à la trousse documentaire, de même que d'une méthodologie des ateliers; en contrepartie, les experts se sont engagés à donner au moins un atelier au personnel du CSC de leur région; en outre, ils ont pris l'engagement d'agir à titre de personnes-ressources locales afin d'appuyer le personnel des CSC dans la gestion des situations éventuelles propres aux pratiques exemplaires pour le travail des équipes interdisciplinaires;
- plusieurs ateliers régionaux destinés au personnel des CSC et qui se sont tenus dans tout le Canada; ces ateliers de deux jours comprenaient une présentation des ressources mises au point, une évaluation du travail des équipes interdisciplinaires ainsi que des mesures d'intervention en vue de renforcer ces équipes;
- dix-sept exposés à l'occasion de conférences prononcées au Canada et visant à faire ressortir les résultats de recherche qui ont découlé du projet de l'ACSO de même que l'élaboration de la trousse documentaire.

Ressources

Les ressources diffusées dans le cadre de l'initiative sont présentées sur le site Web de l'ACSO, à **www.aohc.org**, ou celui du RCACCS, à **www.cachca.ca**. Elles renferment :

- une analyse documentaire qui résume la recherche effectuée par les équipes interdisciplinaires;
- la trousse documentaire, qui s'adresse aux équipes interdisciplinaires chevronnées et comprend un outil d'autoévaluation destiné aux CSC, des études de cas qui mettent en évidence les bonnes pratiques, de

même qu'un guide d'intervention qui traite de la façon de surmonter les obstacles auxquels se heurtent les équipes interdisciplinaires; la trousse est disponible en français et en anglais;

- un atelier de deux jours qui peut aider les CSC à renforcer les efforts déployés par les équipes interdisciplinaires.

Apprentissages clés

Les CSC ont démontré un vif intérêt à l'égard des ressources qui pourraient les aider à évaluer leurs équipes disciplinaires et à renforcer leur travail. Les recherches exhaustives qui ont été menées par l'ACSO ont confirmé une grande majorité des connaissances déjà acquises à propos des équipes, en général, et des équipes interdisciplinaires, en particulier. L'établissement d'une vision commune et d'un seul et même objectif, l'assurance d'une bonne communication, la reconnaissance et le respect des connaissances et des compétences de chaque membre de l'équipe, et l'apport d'un soutien organisationnel, comme les délais à respecter et les mécanismes de résolution des conflits, ont été jugés essentiels à la mise sur pied d'équipes interdisciplinaires compétentes. La trousse documentaire, qui a été conçue et distribuée grâce à l'initiative, était axée sur ces compétences et processus de premier plan.

Lors de la diffusion de la trousse documentaire, les responsables de l'initiative nationale ont dû surmonter plusieurs difficultés. Par contre, ils se sont inspirés des suggestions et commentaires formulés par les participants aux premiers ateliers pilotes pour améliorer la trousse et les ateliers suivants. Parmi les mesures prises, citons la réorientation du contenu pour les personnes qui avaient déjà une expérience du travail au sein d'équipes interdisciplinaires, ainsi qu'une plus grande importance accordée à la façon dont les CSC envisagent les défis liés au travail en équipe. Ajoutons que la majeure partie de la documentation existante étudiée portait sur la collaboration entre les médecins et les infirmières et infirmiers. De plus, on a constaté que les références au travail en équipe étaient fondées sur les recherches collectives, qui n'avaient qu'une application limitée aux CSC. Enfin, la reconnaissance notable des soins communautaires dispensés au Québec a obligé les dirigeants de l'initiative à réexaminer le moment et l'approche pour la distribution de la trousse documentaire dans cette province.

Dix formateurs et 229 employés de CSC de six provinces ont reçu une formation sur la trousse documentaire et ont participé à des ateliers. L'initiative a permis d'attirer des personnes compétentes des régions en vue de la coanimation d'ateliers régionaux de formation dans l'ensemble du pays. On a proposé la création d'un réseau d'animateurs afin de favoriser le partage de leur expérience quant à l'utilisation de la trousse et à la présentation d'ateliers au pays.

Le renforcement des capacités représente une valeur fondamentale des CSC. L'initiative a permis de perfectionner les compétences dans les régions du Canada tout en continuant de former des professionnels de la santé et de les appuyer dans l'exercice de leurs activités interdisciplinaires. Le travail accompli dans le cadre de l'initiative a été rendu conforme à la nouvelle priorité, qui consistait à préparer et à former les professionnels de la santé en vue de la réalisation de travaux interdisciplinaires. La trousse documentaire constituera un outil fondamental pour les nombreux étudiants qui se consacreront au travail en équipe sur le plan interdisciplinaire à l'occasion de leur placement communautaire dans les CSC. Le RCACCS et l'ACSO s'engagent à évaluer diverses méthodes d'assurance de la validité des documents élaborés et à faciliter leur distribution. En outre, ils manifestent un vif intérêt pour une collaboration avec les autres fournisseurs de SSP afin d'adapter ces documents de manière à satisfaire à leurs besoins particuliers.

Les efforts déployés récemment par rapport au renouvellement des soins de santé primaires ont été axés sur la formation des équipes interdisciplinaires de SSP ainsi que le soutien à leur endroit. La trousse et l'atelier conçus dans le cadre de l'initiative figurent parmi les ressources les plus exhaustives mises en valeur pour favoriser la mobilisation de ces efforts sur le plan opérationnel.

Contribution approuvée : 299 374 \$

Personne ressource

Ken Hoffman
Cogestionnaire de projet
Regroupement canadien des associations de centres
communautaires de santé
Téléphone : 613-729-0308
Courriel : khoffman@web.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Soutien accru aux médecins de famille en soins de santé primaires

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Le Collège des médecins de famille du Canada

Contexte et objectifs

La réforme des soins de santé primaires au Canada a nécessité l'élaboration de nouveaux modèles de soins de santé primaires, ce qui a eu une incidence sur la pratique des médecins de famille et a provoqué une certaine incertitude quant aux rôles actuels et à venir des modèles de prestation de soins de santé primaires. Par conséquent, il faut trouver des moyens d'appuyer adéquatement les médecins de famille en ce qui concerne la gestion des changements découlant de la réforme des soins de santé primaires et leur fournir des outils pour les aider à répondre aux exigences nouvelles et évolutives de leur pratique quotidienne. Par cette initiative, on cherchait à répondre au besoin de fournir des milieux de travail propres et sains dans lesquels les médecins de famille se sentiraient appuyés et valorisés en tant que contributeurs importants en ce qui concerne la santé de leurs patients et de leurs collectivités. Les médecins de famille doivent prendre en considération et comprendre le transfert des connaissances et les questions relatives à la gestion du changement en ce qui concerne la réforme des soins de santé primaires. L'initiative comprenait les objectifs particuliers suivants :

- déterminer, élaborer et soutenir un cadre de chefs de file du secteur de la médecine de famille en ce qui concerne le renouvellement des soins de santé primaires dans l'ensemble du Canada;
- créer un réseau de chefs de file du secteur de la médecine de famille à l'échelle nationale, provinciale et régionale en ce qui concerne le renouvellement des soins de santé primaires;
- offrir aux chefs de file du secteur de la médecine de famille en ce qui concerne le renouvellement des soins de santé primaires de partout au Canada la possibilité de se rencontrer à un échelon national afin d'acquérir et d'améliorer leur leadership et leurs habiletés de défenseurs, de partager des expériences, d'élaborer une trousse de soins de santé primaires à l'intention des médecins de famille et d'étudier des possibilités pour que les

médecins de famille et d'autres professionnels de la santé comprennent mieux la façon de faire des équipes interprofessionnelles et qu'ils les intègrent aux soins de santé primaires.

Activités

L'initiative a commencé au début de l'année 2005 et se poursuivra jusqu'au mois de mars 2007, avec l'aide de la division de la Stratégie relative aux ressources humaines en santé de Santé Canada. Voici quelques-unes des activités qui ont eu lieu ou qui auront lieu d'ici la fin de l'initiative :

- mettre en place un comité consultatif national pour l'initiative;
- créer une trousse pratique de soins de santé primaires sur le Web à l'intention des médecins de famille;
- élaborer un forum électronique interactif en vue d'un partage des connaissances permanent (élément de la trousse Web);
- constituer un groupe de leadership en matière de gestion du changement formé de médecins de famille qui ont mis en œuvre avec succès des méthodes de collaboration interdisciplinaires;
- présenter trois forums nationaux visant à partager des renseignements et à générer des idées;
- élaborer et mettre en œuvre des stratégies visant à présenter la trousse, à en promouvoir l'utilisation et à fournir la formation connexe dans chaque province.

Ressources

- La trousse de soins de santé primaires à l'intention des médecins de famille, accessible par le site Web du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) ou à l'adresse suivante : **www.toolkit.cfpc.ca**. La trousse comprend six modules : « Aperçu de la trousse », « Rémunération », « Gouvernance », « Collaboration interdisciplinaire », « Continuité et intégralité des soins » et « Technologie de l'information ».



Apprentissages clés

En janvier 2007, la trousse de soins de santé primaires sur le Web a été lancée publiquement. Le travail avec le groupe dirigeant sur la gestion du changement se poursuivra et comprendra l'éventuel établissement d'un groupe dirigeant de médecins de famille en soins de santé primaires au Collège. Ensemble, la trousse et le groupe dirigeant aideront les médecins de famille à accéder aux outils de transition actuels et pratiques et à obtenir des conseils de la part de collègues expérimentés en matière de renouvellement des soins de santé primaires. On s'attend à ce que la trousse favorise l'intérêt et la participation des médecins de famille en milieu de pratique familiale et qu'elle contribue ainsi à la durabilité du renouvellement des soins de santé primaires. Parmi les premiers avantages de l'initiative, on compte la possibilité de partager des expériences uniques et d'attirer l'attention sur les apprentissages provenant des provinces, en particulier de celles dont la réforme de

soins de santé primaires est plus avancée. Le CMFC s'est engagé à appuyer un comité consultatif de soins de santé constitué de médecins de famille et à maintenir et à mettre à jour la trousse au-delà du projet financé par Santé Canada. Le CMFC croit que cette initiative représente une première étape importante en vue d'augmenter le soutien aux médecins de famille dans le domaine des soins de santé primaires et qu'elle impose le rythme afin d'apporter des changements.

Contribution approuvée : 232 900 \$

Personne ressource

Dr John Maxted
Directeur exécutif associé, Health and Public Policy
Le Collège des médecins de famille du Canada
Téléphone : 905-629-0900
Courriel : jmaxted@cfpc.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Soutenir la mise en œuvre de dossiers médicaux électroniques dans les établissements de soins de santé primaires multidisciplinaires

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Division des soins de santé primaires et continus, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada

Contexte et objectifs

Les initiatives de renouvellement des soins de santé primaires dépendent beaucoup de l'utilisation d'outils de gestion de l'information tels que des dossiers médicaux électroniques (DME). Cette technologie a le potentiel de soutenir le partage de renseignements entre les membres de l'équipe, d'améliorer la qualité et la continuité des soins (surtout en matière de gestion des maladies chroniques), de soutenir la planification et les activités de responsabilisation et d'offrir un soutien relativement au processus décisionnel. Toutefois, la mise en pratique au Canada a été plutôt lente. La mise en œuvre de DME nécessite une gestion du changement et une orientation dans les milieux d'exercice professionnel, ce qui, selon la tradition, a fait défaut. Dans le cadre de cette initiative, Santé Canada a cherché à aborder ce manque à gagner en élaborant et en diffusant une trousse visant à soutenir la mise en œuvre de DME, tout en ayant comme objectif principal de soutenir le renouvellement des soins de santé primaires en encourageant l'utilisation de technologies de l'information dans les milieux d'exercice professionnel.

Activités

L'initiative a débuté en janvier 2005 et se terminera en mars 2007. On a établi un comité directeur constitué de représentants clés et on a mandaté Greymartin Consulting Inc. pour diriger ces activités, qui comprenaient :

- *Une étude documentaire et des consultations avec des intervenants clés.* On a entrepris cette activité à l'automne 2005 afin d'aborder l'élaboration et la conception de la trousse.
- *L'élaboration et la mise au point de la trousse à partir d'une évaluation formative.* L'évaluation formative de la trousse s'appuyait sur les commentaires permanents d'un groupe de travail et deux séances officielles d'examen, qui ont eu lieu en mai et en juin 2006. La trousse a été publiée en octobre 2006 et comprend trois éléments principaux : un guide pratique narratif étape par étape de la mise en œuvre de DME, des outils pour soutenir les étapes de la mise en œuvre ainsi que des « Histoires à succès » afin de fournir des exemples de la bonne utilisation des DME.
- *La distribution de la trousse.* Cette activité visait à faire la publicité la trousse et à la distribuer aux clientèles cibles en deux étapes : premièrement, en accroissant la sensibilisation à la trousse en général au moyen de bulletins, de conférences et de réunions, et deuxièmement, en transférant les connaissances approfondies de la trousse au moyen d'ateliers de distribution ciblés et en désignant des champions régionaux (des ateliers régionaux auront lieu en février 2007).
- *Une évaluation de l'initiative.* L'évaluation sommative sera axée sur les ateliers régionaux et permettra d'évaluer la trousse en soi, ainsi que les activités de distribution entreprises.



Ressources

- La trousse relative aux DME, disponible à l'adresse suivante : **www.troussedme.ca**

Apprentissages clés

L'étape de consultation de l'initiative a bel et bien confirmé le besoin d'un outil visant à soutenir la mise en œuvre de DME. Les ressources canadiennes actuelles relatives à l'adoption de DME tendent à se concentrer sur la prestation des connaissances, des outils, des modèles et des méthodologies visant à soutenir la première sélection et la mise en œuvre de DME. Les ressources de gestion du changement, telles que la formation, le soutien et les outils pour les personnes et les processus, n'ont pas été aussi bien documentées, ou ont été sous-utilisées, si elles existent. Les personnes qui se sont déjà investies ont également besoin d'aide afin de passer à l'étape suivante de l'utilisation efficace des DME lorsque, par exemple, elles utiliseront des outils de soutien à la décision clinique ou d'amélioration de la qualité. Bien que diverses ressources relatives aux DME existent actuellement, la trousse les consolide et les rend disponibles à l'échelle nationale.

La trousse devait présenter des histoires à succès, soit des exemples tangibles d'initiatives réussies de mise en œuvre de DME et d'intégration de technologies de

l'information provenant de partout au Canada. Les premiers résultats découlant de l'initiative indiquaient que les histoires à succès sont quelque peu vagues, ce qui reflète l'état limité de la mise en œuvre de DME à l'échelle du pays.

Les personnes qui ont élaboré la trousse devaient veiller à ce que la portée du projet soit toujours claire. Il était également difficile d'aborder les caractéristiques de la trousse telles que la facilité d'utilisation, le niveau approprié de renseignements et le traitement des besoins multidisciplinaires. Le contenu était disposé de façon à ce que les intervenants puissent choisir le niveau approprié de détails selon leurs besoins et était axé sur la convivialité et la facilité de navigation.

On espère que la trousse s'avérera une ressource utile pour les planificateurs et les fournisseurs de soins de santé primaires qui veulent mettre en œuvre un DME et qu'elle soutiendra l'amélioration de l'accès et de la qualité en matière de soins de santé primaires.

Contribution approuvée : 455 000 \$

Personne ressource

Fonds pour l'adaptation des services de santé primaires
Téléphone : 613-954-5163
Courriel : phctf-fassp@hc-sc.gc.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : **www.santecanada.gc.ca/fassp**.

Enveloppe nationale

Outils de transition

Composante destinée aux répondants



6^e Sommet national sur la lutte contre le cancer dans les communautés nordiques et rurales

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) :

Regional Cancer Centre–Thunder Bay Regional Health Sciences Centre; avec l'Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer; la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer

Contribution approuvée :

75 000 \$

Résumé :

Au cours des dernières années, on a tenu au Canada cinq séances nationales pour discuter de questions liées à la lutte communautaire ou non institutionnelle contre le cancer à l'extérieur du système officiel de lutte contre le cancer. Cette initiative a permis de planifier, de mettre en œuvre et de résumer le sixième sommet national sur la lutte contre le cancer. Le sommet était axé sur la lutte contre le cancer dans les communautés nordiques, rurales et éloignées ainsi que les communautés autochtones. Sous la direction d'un comité directeur national, cette initiative visait à formuler des recommandations et à élaborer des plans de mise en œuvre par l'entremise de partenariats actifs à tous les niveaux, dans le but d'améliorer la lutte communautaire contre le cancer dans les régions rurales et nordiques (dont la prévention, la surveillance, le dépistage précoce, les traitements, les soins de soutien, la réadaptation et les soins palliatifs). Cette initiative visait plus particulièrement les buts suivants : 1) préciser les défis et les obstacles liés à la lutte contre le cancer dans les collectivités nordiques, rurales et éloignées ainsi que les communautés autochtones, et en dresser l'ordre de priorité; 2) formuler des stratégies et mécanismes d'amélioration de la lutte contre le cancer dans les régions prioritaires et à tous les niveaux, ce qui comprend des initiatives novatrices; et 3) recommander des stratégies et des mécanismes précis à l'intention d'un large éventail de groupes et d'organismes, y compris des organismes communautaires, régionaux, provinciaux, territoriaux et nationaux, en plus de groupes de lutte contre le cancer et la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer et ses affiliés. Ce sommet—tenu à Thunder Bay (Ontario)—a réuni 220 délégués provenant d'un vaste éventail de groupes d'intervenants pour discuter de questions touchant les ressources humaines en santé, l'établissement de communautés en santé par l'entremise de la participation communautaire, l'amélioration de l'accès, et les dossiers électroniques de santé. Une analyse documentaire, un sondage auprès des délégués et des réunions virtuelles de groupe ont permis de déterminer ces secteurs comme étant prioritaires. Pour les représentants de lutte contre le cancer de partout au Canada, cette initiative a constitué un forum leur permettant de déterminer les mesures et les stratégies à adopter dans ces secteurs en vue d'améliorer la lutte contre le cancer dans ces communautés. Les recommandations et les plans d'action émanant du sommet ont été présentés lors de conférences internationales et éclairent les décideurs canadiens. Pour consulter ces documents, prière de visiter le site Web www.communitycancercontrol.ca.



Conférence nationale et atelier sur la mise en œuvre de la réforme en soins de santé primaires

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : Réseau Santé familiale de l'Ontario; avec l'école d'étude des politiques de l'Université Queen's; le Centre for Health Services and Policy Research; le Centre for Studies in Primary Care

Contribution approuvée : 75 000 \$

Résumé : Depuis plusieurs années, l'Ontario exécute la réforme des soins de santé primaires. La présente initiative constituait un volet des efforts continus déployés par la province pour appliquer la réforme. De plus, elle était dirigée par le Réseau Santé familiale de l'Ontario (RSFO), un organisme indépendant créé en 2001 et chargé de mettre en œuvre le modèle de réforme des soins de santé primaires dans toute la province. Le RSFO fournit aux médecins de famille de l'information, un soutien administratif et un financement de la technologie pour favoriser la création volontaire de réseaux et de groupes santé-famille dans leur collectivité. En collaboration avec leurs partenaires, les responsables du RSFO ont tenu en novembre 2003 une conférence nationale de trois jours qui a attiré une centaine de participants des quatre coins du pays et de l'étranger. On a alors abordé la complexité de la mise en place de la réforme des soins de santé primaires, en plus d'étudier des thèmes comme : la création d'équipes cliniques interdisciplinaires efficaces; les structures de leadership; la manifestation et la nature de l'opposition aux réformes; les approches de financement; et les stratégies et processus d'évaluation. Un forum a permis aux représentants provinciaux, territoriaux et internationaux de partager leurs réussites, les défis rencontrés et les stratégies efficaces pour surmonter les obstacles à la mise en œuvre. En outre, les participants ont assisté à des réunions d'experts qui ont porté sur les grandes questions, de même qu'à une série d'ateliers sur un thème unique. On prévoit que les participants provinciaux et territoriaux à la conférence se serviront des connaissances qu'ils y ont acquises pour améliorer le programme de la réforme des soins de santé primaires dans leurs instances respectives. L'école d'étude des politiques de l'Université Queen's a publié un livre s'inspirant des présentations. Intitulé *Implementing Primary Care Reform—Barriers and Facilitators* [Obstacles et facilitateurs à la réforme des soins de santé primaires], il est disponible aux Presses des Universités McGill et Queen's. Cet ouvrage est en quelque sorte la mémoire des présentations. Quiconque s'intéresse à la réforme des soins de santé primaires peut le consulter et tirer profit des apprentissages qui ont ressorti des expériences.

Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale à Terre-Neuve-et-Labrador : Une approche des soins de santé primaires au Labrador

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) :

Labrador East Primary Health Care Project, Labrador-Grenfell Regional Integrated Health Authority; avec la ministère de la Santé et des Services communautaires; ministère de l'Éducation; ministère de la Justice; Commission des services de santé des Inuits du Labrador; conseils de bandes des Innus; Dr Ted Rosales (pédiatre/génétiicien); groupe de travail régional sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale; comité de gestion sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale

Contribution approuvée :

58 660 \$

Résumé :

Cette brève initiative s'est déroulée de janvier à juin 2005; elle mettait l'accent sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) à Terre-Neuve-et-Labrador. Cette initiative a vu le jour lorsque des professionnels de la santé, des travailleurs communautaires, des professeurs et du personnel des services correctionnels, soupçonnant qu'une grande partie de leur clientèle souffrait de troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF), ont voulu apprendre à diagnostiquer ces troubles et à aider leurs patients. Dans le cadre de l'initiative, le pédiatre et généticien Ted Rosales a été invité à : évaluer/diagnostiquer un grand nombre d'individus hautement susceptibles de souffrir de TCAF; d'apprendre aux médecins à diagnostiquer correctement les TCAF; apprendre à d'autres professionnels de la santé et à des intervenants de première ligne à reconnaître et à réagir correctement aux TCAF; aider à mettre sur pied une équipe diagnostique interdisciplinaire en matière de TCAF; élaborer des outils d'évaluation et un système de collecte des données, ainsi qu'un cadre en matière de TCAF. L'initiative avait également pour but de sensibiliser le public à l'ETCAF et à l'importance de les prévenir. Dans le cadre de cette initiative, on a diagnostiqué 125 cas de TCAF. Trois médecins locaux, un résident, un étudiant en médecine et des travailleurs de première ligne ont reçu une formation axée sur le diagnostic de ces troubles; on a conçu des outils pour évaluer les TCAF; on a mis en place un système de données qui clarifiait l'information provenant de sources multiples; enfin, on a mis sur pied des équipes interdisciplinaires à l'échelle régionale et communautaire. La création de ces équipes a renforcé des partenariats qui seront essentiels à la poursuite du travail amorcé dans le cadre de l'initiative. Les outils conçus et les compétences acquises continueront à faciliter le diagnostic des TCAF à Terre-Neuve-et-Labrador.



Façonner l'avenir des soins de santé primaires en Nouvelle-Écosse et Établir des soins de santé primaires durables—Sur l'élan de 2005 : Se lancer dans la bonne direction

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : **Collège des infirmières et infirmiers autorisés de la Nouvelle-Écosse;** avec le bureau régional de l'Atlantique de Santé Canada; le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse (soins primaires); le Collège canadien des directeurs de services de santé (sections de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard); les Médecins de la Nouvelle-Écosse; le Collège des médecins de famille de la Nouvelle-Écosse

Contribution approuvée : 19 000 \$ pour *Façonner l'avenir des soins de santé primaires en Nouvelle-Écosse*; 49 500 \$ pour *Établir des soins de santé primaires durables*

Résumé : Le Collège des infirmières et infirmiers autorisés de la Nouvelle-Écosse a parrainé deux conférences sur la réforme des soins de santé primaires (SSP). La conférence *Façonner l'avenir des soins de santé primaires en Nouvelle-Écosse*, qui a eu lieu en mai 2003, a attiré quelque 250 participants des domaines de la santé, de la collectivité et du gouvernement. Les sujets qui y ont été abordés sont les suivants : renseignements de base sur l'incitation au changement; volets d'un modèle de SSP produisant de bons résultats; orientations et cibles stratégiques; impératifs de la conception de systèmes (systèmes de technologie de l'information, modèles de financement, compétences et ententes de collaboration); et changements quant à la culture, aux comportements et aux attitudes. La conférence *Sur l'élan de 2005 : Se lancer dans la bonne direction*, qui, elle, s'est déroulée du 26 au 28 octobre 2005 à Halifax, en Nouvelle-Écosse, avait été planifiée de façon à constituer une conférence de suivi à la conférence *Façonner l'avenir des soins de santé primaires en Nouvelle-Écosse*. Son programme était axé sur quatre thèmes, à savoir la réactivité, la collaboration interprofessionnelle, les outils et la technologie, et l'intégration. Il visait la présentation de stratégies et d'outils pratiques aux 142 participants du milieu de la santé de sorte que ceux-ci les adoptent ensuite dans leur propre cadre de travail. Les deux conférences ont permis aux participants de :

- décrire les réussites et de partager leur expérience et les leçons apprises;
- discuter des obstacles et des stratégies à utiliser pour favoriser la progression;
- participer à des ateliers afin de mieux comprendre la constitution d'équipes de pratique collaborative en vue de la prestation des SSP;
- déterminer les contributions directes aux efforts liés à la réforme des SSP par les modules pédagogiques de l'initiative *Building a Better Tomorrow* (Bâtir de meilleurs lendemains);
- connaître les initiatives nationales;
- mieux adapter ces outils et les avis dans les établissements locaux ou régionaux;
- revoir leur engagement à améliorer les SSP en Nouvelle-Écosse et au Canada.

Qui s'inquiète de l'opinion des patients dans l'éducation professionnelle de la santé?

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : **Université de la Colombie-Britannique**

Contribution approuvée : 30 000 \$

Résumé :

Les soins axés sur les patients sont devenus une importante tendance dans les soins de santé primaires. Bien que de nombreux développements ont accru la participation des patients et de la collectivité à la planification et à la prestation de soins de santé, la participation des patients à la formation des professionnels de la santé n'a pas suivi cette tendance. En novembre 2005, on a tenu à Vancouver une conférence internationale innovante intitulée « Qui s'inquiète de l'opinion des patients dans l'éducation professionnelle de la santé? » dont l'objet était de combler cette lacune. Y étaient réunis des patients, des universitaires, des étudiants et des décideurs pour partager des idées sur l'innovation et la théorie pédagogiques conçues pour inclure l'opinion des patients dans la formation des professionnels de la santé. La conférence favorisait une nouvelle vision quant à la façon dont le patient pourrait devenir une partie intégrante du processus pédagogique. Le site Web de la Division de la communication dans les soins de santé de l'Université de la Colombie-Britannique, lequel se trouve à l'adresse <http://www.health-disciplines.ubc.ca/DHCC/>, héberge des produits élaborés lors de la conférence, y compris les documents de la conférence, une bibliographie complète des publications pertinentes et une sélection d'études de cas novatrices. Cette initiative a permis de mettre sur pied un groupe de travail international qui continue de promouvoir la participation des patients à la formation des professionnels de la santé. On a publié un rapport d'examen et d'appel à l'action. De plus, on planifie d'autres conférences et publications pour mettre au point des innovations dans ce domaine et pour que les personnes qui influencent les changements pédagogiques tiennent compte de l'opinion des patients.



Services de soutien pour la mise en œuvre des pratiques exemplaires de gestion des maladies chroniques

Enveloppe nationale

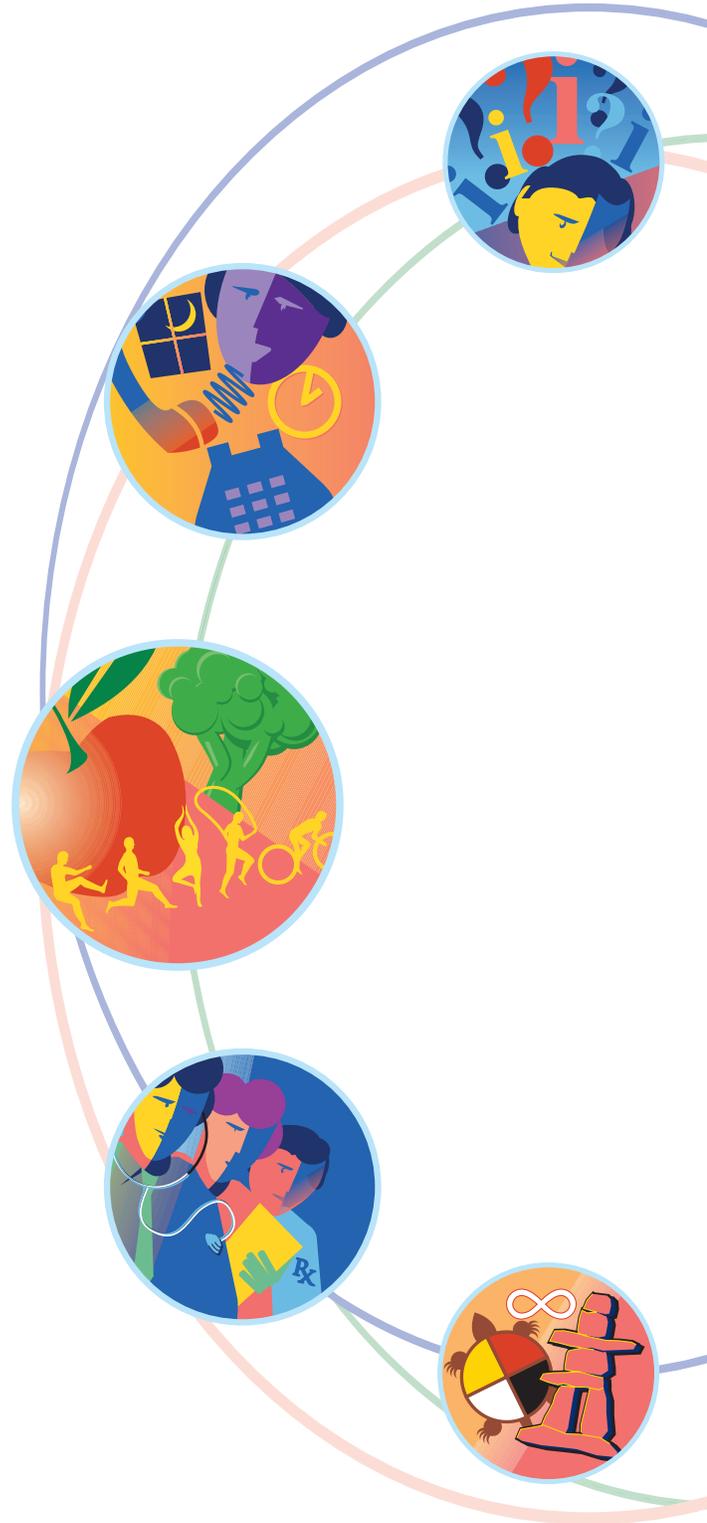
Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : **Ministère de la santé de la Colombie-Britannique;** avec l'Association médicale de la Colombie-Britannique

Contribution approuvée : 75 000 \$

Résumé : Environ un Britanno-Colombien sur quatre a reçu un diagnostic de maladie chronique, et des statistiques indiquent que bien que de nombreux praticiens fournissent des soins optimaux, le système de prestation de soins de santé dans son ensemble n'est pas structuré de façon à promouvoir et à soutenir de manière exemplaire une bonne gestion des maladies chroniques. De bons soins aux malades chroniques nécessitent généralement des changements en ce qui concerne le bureau de soins privés et les processus cliniques qui comprennent les visites prévues, le suivi auprès du patient et les soins proactifs. En 2004–2005, le ministère de la santé de la Colombie-Britannique a financé plusieurs organismes de spécialistes de la santé afin de concevoir et de mettre en œuvre bon nombre d'initiatives d'amélioration de la qualité de la gestion des maladies chroniques pour aider les médecins de famille à modifier leur pratique clinique et, en 2005, des consultations provinciales ont été effectuées auprès de praticiens généraux de la Colombie-Britannique. Selon les recommandations découlant de ces initiatives et de ces consultations, le ministère de la santé de la Colombie-Britannique, en collaboration avec l'Association médicale de la Colombie-Britannique, a entrepris cette initiative consistant à élaborer des outils appelés « services de soutien », soit des renseignements/modules détaillés qui décrivent clairement les changements qui doivent être apportés à la pratique de bureau du praticien général pour que les recommandations des lignes directrices cliniques soient intégrées efficacement à la gestion des maladies chroniques, la façon de remanier la marche du travail dans le bureau ainsi que les façons de maximiser les compétences et les rôles de tous les praticiens (secrétaire médical(e), infirmières/infirmiers, etc.) pour que les patients obtiennent des soins optimaux. Cette initiative a permis d'élaborer neuf services de soutien : *Passer à la médecine de groupe, Améliorer l'efficacité de la pratique : accès avancé, Travailler en équipes, Partager les soins aux patients avec des spécialistes, Gérer les maladies chroniques au bureau, Permettre l'autogestion des patients, Investir dans la prévention et le diagnostic précoce, Intégrer des visites de groupe et Élaborer un registre des patients.* Les services de soutien sans des outils autonomes qui seront disponibles sur le site Web du ministère de la santé de la Colombie-Britannique : **www.healthservices.gov.bc.ca/cdm/**.

Enveloppe nationale

Initiatives nationales



Amélioration continue de la mesure de la qualité dans les soins et services de première ligne en santé mentale—Finalisation de la mise en oeuvre

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction, Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser (l'ancien MHECCU de l'Université de la Colombie-Britannique); avec l'Association canadienne pour la santé mentale; Mental Health Consultation and Evaluation in Primary-care Psychiatry (MHCEP); Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); Groupe de recherche sur l'intégration sociale; l'organisation des services et l'évaluation en santé mentale (GRIOSE-SM); Université de Calgary; Université de la Saskatchewan; Université de Toronto; Université Western Ontario

Contexte et objectifs

La plupart des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sont examinées dans un contexte de soins de santé primaires (SSP). Or, on note la présence d'un écart entre ce qui se produit en pratique et les mesures qu'on sait actuellement efficaces. En l'absence de systèmes d'évaluation cohérents, il sera difficile de mesurer l'efficacité des initiatives visant à améliorer la qualité des SSP (par l'entremise, par exemple, d'ententes en matière de soins concertés). Dans le but d'aider à combler cet écart, la présente initiative a entrepris :

- de mettre au point un ensemble de mesures de qualité reflétant le point de vue de multiples intervenants pour mesurer la qualité des services canadiens de soins de santé mentale primaires et faciliter l'amélioration de la qualité;
- de partager de l'information et des connaissances sur les soins de santé mentale primaires et l'évaluation de la qualité avec certains groupes d'intervenants;
- d'établir des normes et des mesures de qualité des données sur les soins de santé mentale primaires;
- de recommander des orientations futures concernant la mise en œuvre de ces mesures de qualité au sein des systèmes de données actuels;
 - d'entreprendre un sous-projet de recherche visant à créer un outil pratique, soit la « Liste de vérification des éléments favorables à l'utilisation des mesures de qualité », pour vérifier si un organisme est prêt à utiliser de telles mesures.



Activités

L'initiative s'est déroulée en trois temps : 1) sondage sur les domaines; 2) sondage auprès des spécialistes; 3) sondage sur les mesures de qualité.

- *Sondage sur les domaines.* Cette première étape a permis l'atteinte d'un consensus portant sur les principaux domaines jugés prioritaires. Le tout a mené à la mise sur pied d'un ensemble organisé de domaines en lien avec le système de soins de santé mentale primaires. D'autres domaines ont été ajoutés à cet ensemble pour en accroître l'utilité pour les soins de santé mentale primaires. Ces ajouts ont été faits au terme d'un processus axé sur le consensus qui regroupait un large éventail d'intervenants. On s'est fondé sur les résultats du sondage pour choisir 22 domaines prioritaires sur lesquels les activités seraient concentrées. De ce nombre, neuf s'appliquaient à l'ensemble du système sans s'attacher à un trouble de santé mentale précis; les 13 autres étaient axés sur des aspects particuliers (p. ex. adolescents, psychose).
- *Sondage auprès des spécialistes.* Au cours de la deuxième étape, on a réalisé un sondage auprès de plus de 40 spécialistes nationaux et internationaux à propos des pratiques exemplaires et des mesures sanitaires actuelles associées aux différents domaines sélectionnés lors de la première étape. Le public pourra accéder aux 3000 mesures de qualité établies par l'entremise d'une base de données consultable.
- *Sondage sur les mesures de qualité.* Au cours de la troisième étape, on a envoyé un dernier sondage sur les mesures de qualité portant sur les soins de santé mentale primaires à 270 intervenants de

chaque province et territoire. Le sondage avait pour objectif d'établir un ensemble restreint de mesures essentielles qui faisaient consensus (de 20 à 40).

Ressources

- *Caractéristiques de la mesure : modèle*
- Un inventaire Web de 3 000 mesures concernant les SSP et les services de soins de santé mentale
- Un ensemble de 20 à 40 mesures faisant consensus pouvant être utilisées à différents niveaux du système pour soutenir l'amélioration de la qualité dans les soins de santé mentale primaires
- Une liste de vérification visant à déterminer si un organisme est prêt à entreprendre un programme de mesure de la qualité
- Un document sur les prochaines étapes visant à favoriser l'intégration des mesures aux systèmes de données actuels et futurs
- Des recommandations concernant l'intégration de mesures de qualité des soins de santé mentale primaires au sein des systèmes d'information sanitaire actuels et futurs

Apprentissages clés

L'initiative a permis à des décideurs, à des cliniciens, à des défenseurs et à des utilisateurs des soins de santé mentale ainsi qu'à des universitaires de l'ensemble du Canada de s'entendre sur des domaines ou des secteurs prioritaires pour la mise en place de mesures de qualité se rapportant aux soins de santé mentale primaires. Elle a fourni un aperçu des meilleures pratiques en matière de soins de santé mentale primaires et lancé un réseau de transfert et d'échange de connaissances axé sur l'évaluation des soins de santé mentale primaires. Enfin, elle a favorisé une culture de qualité commune en matière de SSP.

Les conclusions donnent le feu vert aux décideurs pour la mise en place de politiques. L'initiative les a dotés d'un petit ensemble de mesures très précises sur lesquelles ils peuvent axer une réforme des soins de santé mentale primaires. Ces mesures aideront à l'amélioration des SSP sur le plan pratique, car elles permettent aux travailleurs de première ligne d'évaluer leur rendement, de repérer les lacunes et les moyens de combler ces dernières. Les lacunes repérées en matière de soins qui échappent au contrôle des fournisseurs de soins de première ligne, des consommateurs ou des gestionnaires peuvent ensuite être ciblées pour faire l'objet de nouvelles politiques et initiatives.

L'initiative met en lumière la nécessité du renforcement des capacités et des infrastructures en matière d'amélioration de la qualité, car on note encore un écart entre l'établissement des mesures nécessaires et la mise en œuvre de ces dernières. De l'initiative a découlé une recommandation voulant que toute prochaine étape comprenne la mise sur pied de projets pilotes régionaux interreliés qui examineront la pertinence de l'amélioration continue des mesures de qualité en milieu pratique.

Contribution approuvée : 2 000 000 \$

Personne ressource

Renée Sarojini Saklikar
Conseillère nationale en transmission et en échange de connaissances
Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction
Université Simon Fraser
Téléphone : 604-540-1105
Courriel : rsaklikar@shaw.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Des médecins et des soins de qualité pour les communautés francophones minoritaires du Canada

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Association des facultés de médecine du Canada

Contexte et objectifs

L'état de santé des communautés francophones minoritaires (CFM) est généralement plus faible que celui de leurs concitoyens anglophones. En plus, il y a une plus faible accessibilité aux soins et services de santé pour ces populations. Le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire dans son rapport au Ministre de la santé de septembre 2001 a confirmé ces faits et identifié la formation des professionnels de la santé, le réseautage et l'amélioration des lieux d'accueil et d'offre de services comme des leviers majeurs pour améliorer cette situation. Les principaux éléments de réponse à cet égard ont inclus : une augmentation du nombre de professionnels francophones, une augmentation de la qualité de leur formation en regard des besoins des communautés francophones et de leur capacité à intervenir en français auprès de ces populations, une amélioration de la qualité des modalités de services dans les CFM.

Par cette initiative, les 17 facultés de médecine du Canada ont visé à augmenter la possibilité pour les étudiants de faire des stages dans les communautés francophones minoritaires et à créer un réseautage entre les étudiants/résidents en médecine. Pour optimiser la qualité pédagogique des milieux d'apprentissage, des forums d'échanges entre les milieux de formation provenant des CFM ont été mis sur pied. Les objectifs de cette initiative étaient :

- Encourager les étudiants provenant des CFM à tenir compte dans leur formation des besoins de santé des CFM en leur offrant des stages de formation en français dans ces communautés;

- Soutenir au point de vue pédagogique les milieux de formation médicale dispensant de la formation en soins de santé primaires aux étudiants provenant de ces communautés
- Développer et mettre en oeuvre les modalités d'échanges et de formation pour soutenir les milieux cliniques situés dans les milieux francophones minoritaires dans leur offre de services et dans leur adoption de modalités innovatrices d'offre de services en soins de santé primaires
- Tirer des leçons sur les facteurs favorisant les partenariats pour la mise en place d'actions orientées vers la santé des communautés francophones

Activités

Cette initiative, qui a eu lieu de novembre 2003 à juin 2006, a accompli les activités suivantes :

- Revue de la littérature
- Identification des milieux de formation francophones qui étaient prêts à accepter ces étudiants en stage. Plus de 100 milieux distribués au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta, en Colombie-Britannique et au Québec ont été identifiés.
- 40 stages de formation, de novembre 2004 à mars 2006, ont été mis en place à travers le Canada
- Organisation de deux rencontres nationales d'échanges et de formation, en collaboration avec deux associations nationales de médecins (novembre 2004, thème : Interdisciplinarité et médecine de famille, Collège des médecins de famille du Canada) et (octobre 2005, thème : la médecine de famille au coeur de la prise en charge, Association des médecins de langue française du Canada). Ces rencontres ont permis à plus de 100 participants provenant de CFM de neuf provinces du Canada d'échanger sur les problématiques de soins de santé pour les populations des CFM et d'améliorer leur expertise clinique dans les domaines tel que la collaboration



interprofessionnelle, la promotion de la santé et la prévention des maladies et la gestion des maladies chroniques.

- 10 activités de formation décentralisées dans les communautés francophones minoritaires du Canada (à Moncton, Winnipeg et Yellowknife, par exemple)
- Évaluation
- Diffusion; ces activités ont inclus des conférences, affiches et présentations orales à des réunions nationales et internationales etc.

Ressources

- Document de revue de la littérature *Des médecins et des soins de qualité pour les communautés francophones minoritaires du Canada—Revue de la littérature* ISBN : 0-9682021-3-6 Publié par l'Association des Facultés de Médecine du Canada
- Site Web : www.afmc.ca/cfm

Apprentissages clés

Malgré quelques difficultés (le retard dans le démarrage du projet; la difficulté de rejoindre les étudiants en médecine, la non rémunération des stages d'été), les stages ont été organisés. Pour ces stages, 84 pour cent des étudiants ont dit qu'ils étaient assez satisfaits par rapport à la communauté où ils ont fait leur stage ; et 70 pour cent ont dit qu'ils étaient tout à fait satisfaits des opportunités de stages qui leur ont été offerts.

Grâce aux activités de formation, les professionnels de santé parlant français ont eu la chance de se connaître et de mieux saisir quelle pourrait être la complémentarité de leurs interventions. L'initiative a développé de multiples partenariats et plusieurs outils de travail pour atteindre les différents objectifs ainsi que des outils d'évaluation. Ce réseautage de professionnels de la santé a représenté pour plusieurs des milieux l'étape initiale à une plus grande collaboration interdisciplinaire.

Certains éléments reliés à la formation de médecins pour les CFM ont été mis en place dans les dernières années, et ces éléments ont été influencé par le projet en cours :

- Ouverture au Manitoba d'un programme de résidence en médecine de famille pour deux résidents francophones (juillet 2005)
- Ouverture à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke de trois postes d'étudiants de première année provenant des CFM de l'Ouest canadien (septembre 2005)
- Identification dans un nombre de plus en plus élevé de facultés de médecine de la caractéristique francophone ou francophile chez les étudiants admis en médecine (depuis 2005)
- Délocalisation à Moncton de l'ensemble du programme de formation en médecine de la Faculté de Médecine et des sciences de la santé à l'Université de Sherbrooke (septembre 2006). Ce programme a accepté 194 étudiants de première année dont 24 sont maintenant formés à Moncton.

Suite à la présente initiative, l'Association des facultés de médecine du Canada a créé officiellement en 2006 un groupe ressource pour les communautés francophones minoritaires du Canada qui a le mandat de recommander à l'AFMC et aux 17 facultés de médecine du Canada des pistes d'action pour améliorer l'offre de services médicaux et l'état de santé de la population des CFM.

Contribution approuvée : 888 972 \$

Personne ressource

Dr Paul Grand'Maison
Coordonnateur national du projet
Madame Dorothee Ouellette
Soutien professionnel et administratif
Téléphone : 819-564-5203
Courriel : dorothee.ouellette@usherbrooke.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Initiative de partenariat national entre les soins à domicile et les soins de santé primaires

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Association canadienne de soins et services à domicile; avec la région sanitaire de Calgary; les Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario (Halton et Peel); les fournisseurs de soins de santé primaires; le *Workflow Integrity Network*; IBM Business Consulting Services

Contexte et objectifs

Cette initiative découlait du fait que l'Association canadienne de soins et services à domicile croit que les soins à domicile ont un rôle important à jouer dans le renouvellement des soins de santé primaires. L'initiative visait à démontrer l'effet d'un rôle accru de la gestion de cas en matière de soins à domicile en collaboration avec le médecin de famille en ce qui concerne les soins aux personnes atteintes d'une maladie chronique. Elle visait également les personnes atteintes de diabète. En règle générale, les gestionnaires de cas et les médecins travaillent séparément. Le but de l'initiative consistait à promouvoir une meilleure collaboration entre les deux afin d'offrir des soins plus proactifs aux patients en mettant l'accent sur la prévention et l'habilitation du patient, des interventions plus prévisibles et constantes, ainsi que l'utilisation plus efficace du personnel pertinent de soins de santé. La capacité améliorée à évaluer les résultats en santé, la meilleure utilisation des services de soins de santé et la plus grande satisfaction du patient/client constituaient d'autres objectifs. L'initiative a également encouragé et permis d'examiner la plus grande utilisation de systèmes de technologie de l'information pour appuyer les communications, les soins et la tenue de registres.

Activités

L'initiative a eu lieu entre novembre 2003 et mars 2006, et a permis d'entreprendre les activités suivantes :

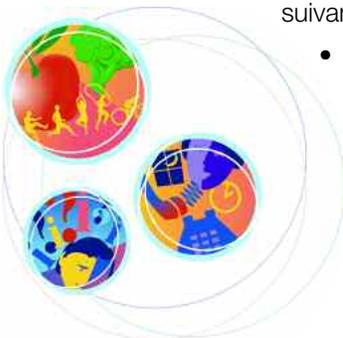
- Inscription de 942 patients à un modèle de soins concertés comprenant le jumelage de gestionnaires de cas relativement aux soins à domicile avec des médecins de famille à deux

endroits : Calgary (Alberta) et Halton et Peel (Ontario). Dans le cadre de ce projet, la collaboration et le partenariat étaient axés sur le médecin fournisseur de soins primaires et le gestionnaire de cas relativement aux soins à domicile; toutefois, une collaboration plus fructueuse avec d'autres intervenants (p. ex. des fournisseurs de services, des spécialistes, des employés contractuels du centre de formation des diabétiques, etc.) était également prévue et a été réussie.

- Augmentation du rôle des soins à domicile, surtout en ce qui a trait à la gestion de cas de personnes atteintes d'une maladie chronique.
- Adoption de principes de gestion des maladies chroniques. Les sites du projet ont adopté des protocoles de soins fondés sur des preuves et axés sur la pratique optimale à l'intention des patients d'âge adulte atteints de diabète et ont convenu de la façon de gérer les soins des patients/clients atteints de cette maladie chronique.
- Application de la technologie de l'information en vue d'appuyer l'amélioration de la qualité grâce à des composantes telles que des dossiers électroniques médicaux, des rappels préventifs ainsi qu'une capacité accrue de suivre les questions relatives aux outils de suivi et de gestion des maladies.

Ressources

- Environ 25 outils pratiques utilisés et/ou élaborés durant le projet, et leurs instructions, ont été affichés sur le site Web suivant : **www.cdnhomecare.ca**. Ils comprennent le formulaire de demande des services d'un médecin, l'Outil d'évaluation du diabète, le Rapport d'intervention de la gestion des cas, un Registre des communications, un nouvel algorithme sur le rôle



du diabète et un organigramme sur le flux du travail en matière de soins aux personnes atteintes de diabète.

- Des documents de communication pertinents sur le plan national, y compris des trousseaux à outils pour chacune des administrations participantes.

Apprentissages clés

Les organisateurs de l'initiative ont signalé que les médecins et les gestionnaires de cas ont créé des relations de travail efficaces et fondées sur la confiance, et qu'ils voyaient d'un meilleur œil leur vie au travail et leur contribution professionnelle. Ils ont adopté avec succès les principes de gestion des maladies chroniques (y compris l'utilisation d'outils normalisés, d'algorithmes et de lignes directrices fondées sur des preuves) et ont mis en œuvre des changements en matière de technologie de l'information à la suite d'un difficile processus d'élaboration. Les patients ont constaté des améliorations sur le plan des résultats cliniques et des niveaux de satisfaction relativement aux soins offerts aux diabétiques. De manière significative, les patients sont également devenus des contributeurs plus actifs par rapport à ces soins et nécessitent moins de services institutionnels.

Plus particulièrement, l'initiative a permis de constater que :

- la réorganisation des gestionnaires de cas relativement aux soins à domicile afin de se conformer aux pratiques des médecins de famille permet l'exploitation efficace des habiletés et des compétences des médecins et des gestionnaires de cas à l'avantage des patients et à la satisfaction des fournisseurs;
- l'élaboration de partenariats efficaces exige du temps mais, en fin de compte, ces partenariats contribuent à minimiser les obstacles du système;
- le champ d'application du modèle du projet est vaste parmi une grande variété de groupes de patients;
- les soins à domicile ont un rôle important à jouer en matière de gestion des maladies chroniques;
- la gestion des cas au niveau du système est essentielle à l'atteinte de résultats améliorés en santé à l'échelle du patient et du système;

- les applications de technologie de l'information peuvent servir d'outils habilitants pour que les fournisseurs suivent le progrès de la condition des clients, et qu'ils fournissent des rappels à des fins de suivi.

Une évaluation menée par IBM Business Consulting a permis de constater que l'état de santé signalé par les clients était plus élevé que prévu en ce qui concerne le groupe cible, et, au cours de cette initiative, les clients et les fournisseurs ont manifesté des degrés de satisfaction plus élevés à l'égard de ce modèle de soins.

Les deux sites vont de l'avant, et toutes les personnes concernées conviennent que les partenariats et les modèles de soins chroniques expérimentés au cours de l'initiative se sont avérés une réussite. Les liens du site Web de l'initiative fournissent au visiteur une connexion à une série de recommandations destinées à trois groupes d'intervenants importants (les décideurs, les responsables des soins à domicile et les médecins) et à une série d'outils pratiques d'intervention directe utilisés ou élaborés durant l'initiative. Les organisateurs de l'initiative ont cité peu d'obstacles, malgré que la technologie de l'information se soit avérée plus difficile et qu'elle ait exigé plus de temps que ce qui avait été initialement prévu. Les organisateurs croient que le soutien de ce projet nécessite une volonté de changer et que deux stratégies prédominantes doivent être mises en place : l'harmonisation des gestionnaires de cas en matière de soins à domicile et des médecins de famille au moyen d'un partenariat formalisé et structuré, et l'expansion du rôle des soins à domicile en matière de gestion des maladies chroniques.

Contribution approuvée : 2 682 100 \$

Personne ressource

Nadine Henningsen

Directrice exécutive

Association canadienne de soins et services à domicile

Téléphone : 613-569-1585

Courriel : nhenningsen@cdnhomecare.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Mainmise sur l'arthrite : Initiative communautaire nationale en soins de santé primaires

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Société d'arthrite; avec l'Unité de recherche et d'évaluation communautaire sur l'arthrite, l'Arthritis Health Professions Association; le Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé; l'Association des infirmières et infirmiers du Canada; la Société canadienne de rhumatologie; le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; le Programme Patient-partenaires contre l'arthrite; le Sunnybrook Health Sciences Centre

Contexte et objectifs

L'arthrite est une grave maladie chronique qui touche plus de quatre millions de Canadiennes et Canadiens. Elle représente la cause la plus commune d'incapacité physique à long terme et, conjointement avec d'autres maladies squeletto-musculaires, entraîne des coûts annuels évalués à 17,8 milliards de dollars. Pourtant, au niveau des soins de santé primaires, les soins contre l'arthrite sont aux prises avec d'importants défis : la difficulté à diagnostiquer l'arthrite rhumatoïde, le retard pour ce qui est de diriger des personnes souffrant d'arthrite vers des spécialistes, les longues listes d'attente pour l'arthroplastie du genou et de la hanche (dont ont besoin la majorité des personnes touchées par l'arthrite) et le manque d'information à l'intention des patients en ce qui concerne l'exercice, les ressources communautaires, les médicaments et la façon de composer avec l'arthrite et la douleur. S'appuyant sur les réalisations et les conclusions d'un projet mené par l'Arthritis Strategic Action Group en Ontario, cette initiative nationale visait à relever efficacement ces défis en augmentant la capacité des fournisseurs de soins de santé primaires et des personnes touchées par l'arthrite à gérer la maladie de manière concertée. L'initiative avait comme objectifs d'appuyer la prestation de soins contre l'arthrite et de mettre l'accent sur la prévention, le dépistage précoce, les soins complets, l'accès plus approprié et opportun à des soins spécialisés et l'autogestion. Elle visait plus particulièrement à :

- définir les besoins éducationnels des communautés, des patients et des fournisseurs en matière d'arthrite;
 - accroître la capacité des communautés et des fournisseurs de soins de santé primaires à gérer le fardeau de l'arthrite;
 - accroître la capacité des personnes touchées par l'arthrite à autogérer leur maladie;
 - diminuer les effets négatifs associés à l'arthrite (diminution de la douleur, de la fatigue et de l'invalidité).

Activités

La mise en œuvre de cette initiative s'est échelonnée sur 29 mois, soit de novembre 2003 à mars 2006. On a organisé des activités dans quatre domaines : l'évaluation des besoins, l'élaboration de matériel pédagogique à l'intention des fournisseurs et des patients, la facilitation d'ateliers interprofessionnels sur l'arthrose et l'arthrite rhumatoïde ainsi que des activités après les ateliers pour renforcer l'apprentissage. Dans le même ordre d'idées, l'initiative :

- a fait enquête dans chaque communauté ou région pour déterminer les ressources existantes en matière d'arthrite (p. ex. programmes d'exercice communautaires, programmes de réadaptation et d'éducation, spécialistes de l'arthrite);
- a tenu des groupes de discussion de patients dans huit villes (Prince Albert, Winnipeg, Courtney, Montréal, Lameque, Halifax, Calgary et Charlottetown) pour évaluer l'accès aux soins, la qualité des soins, l'accès à l'information ainsi que les obstacles et facilitateurs à l'utilisation de meilleures pratiques en matière d'arthrite;
- a fait enquête auprès des fournisseurs de soins de santé pour déterminer leurs connaissances relatives aux meilleures pratiques en matière d'arthrite et les obstacles aux soins;
- a élaboré du matériel pédagogique à l'intention des fournisseurs, des patients et du grand public, l'adaptant du matériel original produit à l'intention du projet pilote Mainmise sur l'arthrite;
- a facilité 30 ateliers interprofessionnels accrédités sur les meilleures pratiques en matière d'arthrite à l'intention des fournisseurs qui travaillent dans des organismes de soins de santé primaires. Ces ateliers (24 en anglais et 6 en français) ont été dispensés à 900 fournisseurs de soins de santé dans des communautés urbaines et rurales pour les aider à comprendre les lignes directrices régissant la pratique clinique en matière d'arthrite ainsi que de trouver des façons d'améliorer la prestation de soins contre l'arthrite, d'examiner/améliorer leurs



compétences en ce qui concerne l'examen musculo-squelettique et d'établir un plan local pour la mise en œuvre de meilleures pratiques en matière d'arthrite. Le corps professoral comprenait des professionnels de la santé (p. ex. des rhumatologues, des pharmaciens, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux et des diététiciens), des chefs de file de programmes d'autogestion de l'arthrite et des patients formés à l'enseignement. Le Collège des médecins de famille du Canada accordait neuf crédits MAINPRO-C à ces ateliers;

- a mené, après les ateliers, des activités qui renforçaient l'apprentissage sur les meilleures pratiques et a appuyé la prestation de soins en matière d'arthrite intégrés (p. ex. au moyen de bulletins de nouvelles, de vidéos, de listes de ressources ainsi que d'éducation en matière d'arthrite et de formation en leadership avancées).

En outre, l'initiative a procédé à une évaluation incluant la mesure des processus et des résultats. On a évalué l'incidence du programme à l'échelle individuelle, organisationnelle, communautaire, provinciale et nationale.

Ressources

- *Prendre en main l'arthrite* : *Trousse documentaire pour les personnes atteintes d'arthrite* (également disponible en format audio)
- *Ressources financières à la disposition des personnes arthritiques*
- Trousse d'outils à l'intention des fournisseurs sur les lignes directrices régissant la pratique clinique en matière d'arthrite
- Affiche d'éducation publique sur l'arthrite

(Ces ressources peuvent être téléchargées gratuitement à partir des sites www.arthritis.ca/gettingagrip ou www.arthrite.ca/prendreenmain)

Apprentissages clés

Cette initiative a réuni des professionnels de la santé de nombreuses disciplines qui travaillent dans la communauté, les hôpitaux avoisinants, les programmes de soins à domicile, les cliniques privées et les centres de réadaptation, et les a mis en contact avec des spécialistes de l'arthrite, ce qui permet de renforcer les partenariats communautaires et d'améliorer les soins en

matière d'arthrite. Elle a utilisé l'apprentissage interdisciplinaire et les modèles de soins pour accroître la confiance des professionnels de la santé à dépister et à traiter l'arthrite et a permis d'approfondir leur compréhension des rôles qu'ils jouent dans les soins interdisciplinaires. Dans la cadre d'une évaluation après intervention, les patients/clients ont signalé recevoir de leurs fournisseurs de soins de santé primaires beaucoup plus de recommandations relatives aux meilleures pratiques en matière d'arthrite (p. ex. de l'information sur l'arthrite, les ressources communautaires, la façon de faire face à la douleur, les traitements possibles, l'exercice). La participation des personnes touchées par l'arthrite aux ateliers, l'occasion de perfectionnement professionnel pratique et les liens aux ressources locales ont été bénéfiques pour les professionnels de la santé. Selon une enquête de suivi menée auprès des fournisseurs de soins, les soins concertés contre l'arthrite (85 p. 100) et l'autogestion des patients (83 p. 100) sont les secteurs où l'initiative a eu la plus grande incidence. De plus, on estimait qu'elle accroissait le dépistage précoce de l'arthrite (75 p. 100), l'accès à des soins spécialisés (68 p. 100) et la prévention de l'arthrite (62 p. 100).

Ce modèle pourrait être adapté avec succès pour former les professionnels de la santé dans les soins d'autres maladies chroniques nécessitant l'autogestion, la collaboration interdisciplinaire et l'appui de la communauté. On pourrait adapter le contenu à d'autres auditoires (p. ex. les fournisseurs de soins qui travaillent dans les communautés autochtones ou des enfants qui souffrent d'arthrite). Les relations qui ont été établies et à la capacité créée dans les communautés canadiennes permettront de maintenir les progrès réalisés par cette initiative dans le domaine des soins primaires contre l'arthrite seront maintenus. Par exemple, cette initiative a donné lieu à l'établissement de cliniques de l'arthrite au Québec, au Nouveau-Brunswick et en Colombie-Britannique.

Contribution approuvée : 3 876 685 \$

Personne ressource

Sydney Lineker
Directrice, Mainmise sur l'arthrite, La Société d'arthrite
Téléphone : 416-979-3353
Courriel : slineker@arthritis.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Services d'interprétation dans les soins de santé : Meilleur accès aux soins de santé primaires

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Access Alliance Multicultural Community Health Centre; avec l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal; le Critical Link Canada; le Healthcare Interpretation Network; le ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration de l'Ontario; le Provincial Language Service; l'Autorité en matière de services de santé de la Colombie-Britannique; l'Université du Québec en Outaouais

Contexte et objectifs

Cette initiative a été établie selon le principe qu'une communication efficace est primordiale pour assurer la qualité des soins de santé primaires et l'accès à ceux-ci, et que des services d'interprétation adéquats sont nécessaires à la prestation des soins de santé. Sans ces conditions, l'accès équitable à des services de soins de santé de qualité est difficile, et la santé des personnes incapables de s'exprimer convenablement en anglais ou en français peut être compromise. Un soutien linguistique inadéquat et le recours à des services d'interprétation non professionnels peuvent accroître les chances d'établissement d'un mauvais diagnostic ou d'imposition d'un traitement inutile ou inapproprié, ce qui pourrait engendrer une hausse des coûts liés aux soins de santé. Finalement, l'initiative visait à favoriser l'égalité d'accès aux services de soins de santé primaires pour les patients dont les connaissances en anglais ou en français étaient limitées, en encourageant l'élaboration de services d'interprétation de haute qualité en soins de santé. L'objectif était de déterminer les approches les plus convenables qui exploiteraient la prestation de services de soins de santé primaires à Montréal, à Toronto et à Vancouver (là où demeurent la plupart des immigrants). L'objectif consistait également à créer et à mettre à l'essai, dans le cadre d'un projet pilote, des modèles et des outils qui pourraient servir au pays et améliorer l'utilisation et l'intégration des services professionnels d'interprétation en soins de santé primaires.

Activités

Pendant la période de novembre 2003 à juin 2006, les responsables de l'initiative ont exécuté les activités suivantes :

- Regrouper l'expertise, l'expérience et les efforts de plusieurs organismes de services de soins de santé et de services d'interprétation, fournisseurs et autres intervenants;
- Entreprendre des travaux de recherche pour effectuer un examen complet de la documentation propre à quatre thèmes, soit la prestation de services, la formation, les normes professionnelles et l'élaboration de politiques. De façon simultanée, on a amorcé des travaux de recherche à Montréal, à Toronto et à Vancouver dans le but d'obtenir des données sur l'état actuel des services d'interprétation et de recueillir de l'information à leur sujet, pour ensuite formuler des recommandations en vue de les améliorer à l'échelon régional et national;
- Tenir, en mai 2005, un symposium national intitulé « Primary Health Care for All: Overcoming the Linguistic Barrier » [Soins de santé primaires pour tous : surmonter la barrière linguistique] et regroupant des intervenants des quatre coins du pays, afin de leur transmettre des conclusions préliminaires des travaux de recherche, de leur permettre de tirer profit du succès et des défis de l'un et de l'autre, de leur donner des directives et un aperçu au chapitre des thèmes communs de la dernière étape de l'initiative, et d'établir une base commune en vue de l'évolution du programme d'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires pour les personnes incapables de s'exprimer convenablement en anglais ou en français;
- Élaborer et mettre en œuvre divers projets pilotes et outils à Montréal, à Toronto et à Vancouver au cours de la dernière étape de base du projet, en s'appuyant sur les recommandations découlant des travaux de recherche et les avis émis par les intervenants locaux, régionaux et nationaux;
- Collaborer avec différents organismes de Montréal à la conception d'une vidéo en français afin de faciliter la formation des fournisseurs de soins de santé qui travailleront avec les interprètes, ainsi que la communication entre eux;
- Mettre en place et évaluer un modèle centralisé de prestation de services d'interprétation en soins de santé, auxquels les centres de soins de santé primaires pourraient avoir recours, au besoin. Cette mesure a été prise à Toronto dans le cadre du projet



pilote de prestation de services d'interprétation. Pendant la période d'octobre 2005 à janvier 2006, deux centres où se déroulait le projet pilote se sont fait attribuer un numéro de réservation à utiliser au cas où des patients ayant peu ou pas de connaissances en anglais auraient besoin de soins médicaux. Des services d'interprétation ont été fournis sans frais pendant la période d'exécution du projet pilote. Le fournisseur de services, le patient et l'interprète ont toutefois dû remplir un questionnaire;

- Concevoir et mettre à l'essai un module d'orientation de soins de santé primaires à Toronto afin d'offrir un modèle qui servirait à orienter les interprètes appelés à travailler dans les centres de soins de santé primaires. Le module a été créé de façon à ce que son utilisation soit adaptée à chaque centre;
- Établir un outil et une grille de gestion des risques pour permettre aux utilisateurs de déterminer les secteurs au sein de leur organisme de soins de santé ou les volets de leur programme qui nécessiteraient une attention et la prise de mesures. Cette situation s'est produite à Vancouver dans le cadre du projet pilote d'évaluation de la gestion des risques;
- Tenir, en juin 2006, le dernier forum national de Capstone. Les participants ont alors formulé des recommandations afin d'aller de l'avant. De plus, un comité directeur national de collaboration a été mis sur pied en ayant comme mandat de poursuivre les travaux de l'initiative par l'intermédiaire de quatre principaux groupes de travail.

Ressources

- Vidéo en français
- Outil et grille d'évaluation de la gestion des risques
- Module d'orientation des interprètes en services dans les centres de soins de santé primaires

Apprentissages clés

La présente initiative a mis en évidence l'importance des services d'interprétation et entraîné l'élaboration d'un outil en vue d'aider les organismes de soins de santé à prendre des décisions sur l'accès linguistique. Selon les résultats du questionnaire fourni à Toronto dans le cadre du projet pilote de prestation de services d'interprétation, les services offerts par un interprète professionnel ont amélioré la qualité de la rencontre entre le patient et le fournisseur de services, et accru la satisfaction de ceux-ci. L'outil d'évaluation

de la gestion des risques a été mis à l'essai à l'occasion d'un projet pilote dans deux centres du Lower Mainland en Colombie-Britannique, et a reçu un accueil favorable.

Non seulement la proportion de la population incapable de s'exprimer convenablement en anglais ou en français a-t-elle désormais un meilleur accès aux services des organismes de soins de santé primaires des trois plus grandes régions métropolitaines (où l'initiative a été exécutée), mais l'initiative a également contribué à coordonner la prestation intégrée de services d'interprétation dans les centres de soins de santé primaires et à stimuler les conditions de promotion de la réforme. On a trouvé des solutions et partagé des renseignements qui ont favorisé la discussion et la synergie relatives à la prestation de ces services. En outre, l'initiative a renforcé les voies de communication et permis de poursuivre sur la lancée de l'établissement d'un consensus et de la défense de droits. Elle a contribué à la création et à la réalisation d'un programme national d'amélioration des services d'interprétation dans le secteur des soins de santé primaires. Plusieurs recommandations ont été formulées en vue d'orienter le travail à effectuer sur le plan de la prestation de services, de la formation, des normes et des politiques.

Malgré les nombreuses réussites de l'initiative, il reste des défis à relever. En effet, la politique gouvernementale, les priorités politiques et le financement influencent l'état des services d'interprétation en soins de santé, ce qui aura des répercussions très évidentes sur la durabilité des résultats de l'initiative. On devra s'assurer de l'engagement continu de plusieurs ordres interdépendants de gouvernement et voir à ce que les recommandations formulées dans le cadre de l'initiative soient examinées et à ce que le dossier continue de progresser.

Contribution approuvée : 471 900 \$

Personne ressource

Axelle Janczur
Directrice exécutive
Access Alliance Multicultural Community Health Centre
Téléphone : 416-324-8677, poste 230
Courriel : ajanczur@accessalliance.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Problèmes liés à la qualité et au perfectionnement professionnel continu : Maintien des compétences

Enveloppe nationale

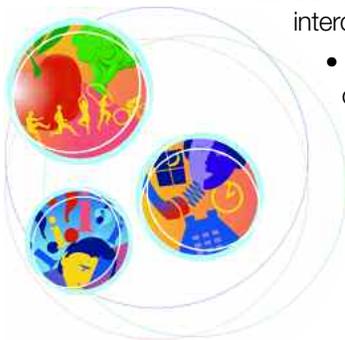
Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Association des facultés de médecine du Canada (AFMC); avec le programme de perfectionnement professionnel continu et de l'application des connaissances de l'Université de la Colombie-Britannique; l'Université de l'Alberta; l'Université de Calgary; l'Université de la Saskatchewan; l'Université du Manitoba; l'Université de Toronto; l'Université McMaster; l'Université Queen's; l'Université de Western Ontario; la Northern Ontario School of Medicine; l'Université d'Ottawa; l'Université Laval; l'Université de Montréal; l'Université de Sherbrooke; l'Université Dalhousie; l'Université Memorial; l'Université McGill

Contexte et objectifs

L'Organisation mondiale de la santé demande aux écoles de médecine d'être socialement responsables dans toutes leurs activités, ce qui a incité les écoles de médecine canadiennes à se pencher davantage sur leur responsabilité à l'égard des gens et des patients des régions qu'elles servent. L'Association des facultés de médecine du Canada et toutes les écoles de médecine au pays ont donc entrepris d'étudier et de créer des initiatives de perfectionnement professionnel continu et de perfectionnement du corps professoral adaptées aux priorités de la société dans le domaine de la santé, fondées dans le renouvellement des soins de santé primaires, en coopération (grâce à un apprentissage interdisciplinaire en équipe) et synchronisées avec les changements nationaux en matière de responsabilité sociale. Plus précisément, cette initiative visait trois objectifs :

- soutenir et permettre la création d'un réseau national interdisciplinaire de professionnels de la santé qui favorisera, élaborera et mettra en œuvre une responsabilité sociale en matière de perfectionnement professionnel continu;
- construire et évaluer différents modèles de pratiques exemplaires en matière de perfectionnement professionnel continu qui fournissent aux professionnels des soins de santé primaires les connaissances, les habiletés et les attitudes pour répondre aux besoins de leur collectivité grâce à un modèle interdisciplinaire en équipe;
- valoriser, soutenir et encourager la collaboration parmi les professions et les professionnels de la santé et maximiser la synergie et les résultats découlant des pratiques de santé en équipe, grâce à une approche centrée sur le patient.



Activités

Pour y parvenir, au cours d'une période de trois ans qui a pris fin en juin 2006, les organismes concernés ont entrepris les activités suivantes :

- création d'un réseau national, intitulé COACH (Canadian Operative on Accountability in Collaborative Healthcare), afin de favoriser l'avancement de collaborations interdisciplinaires et interprofessionnelles en matière de perfectionnement professionnel continu socialement responsable en santé. Les membres de ce réseau se sont rencontrés régulièrement par téléconférence, de même que lors de deux réunions en personne chaque année;
- prestation de soutien à une variété de projets scolaires axés sur la construction et l'évaluation de différents modèles et de pratiques exemplaires en matière de perfectionnement professionnel continu socialement responsable;
- soutien d'une variété de projets scolaires portant sur la collaboration interprofessionnelle et intraprofessionnelle;
- élaboration d'un cadre d'évaluation pour comprendre la collaboration et l'imputabilité sociale. L'évaluation était axée sur les quatre valeurs de la responsabilité sociale : la pertinence, la qualité, la rentabilité et l'équité. Lorsque l'évaluation sera terminée, elle permettra de déterminer les pratiques exemplaires dans tous les projets scolaires individuels.

Ressources

- Le réseau COACH, un réseau national interdisciplinaire de professionnels de la santé axé sur le perfectionnement professionnel continu en santé
- Une étude documentaire sur le perfectionnement professionnel continu et la responsabilité sociale

- Une étude documentaire des pratiques exemplaires en matière de perfectionnement professionnel continu et de responsabilité sociale
- Des descriptions plus approfondies des 17 projets et d'autres documents connexes se trouvent sur le site Web suivant : www.afmc.ca

Apprentissages clés

Dix-sept projets ont été entrepris dans le cadre de cette initiative afin de mieux comprendre la responsabilité sociale en matière de soins de santé. Dans bon nombre de projets, des écoles de médecine ont collaboré avec d'autres ministères des sciences de la santé et, de ce fait, des partenariats avec des collectivités ou des populations précises ont vu le jour. Le modèle de partenariat en matière de perfectionnement professionnel continu, grâce à son approche de discussion et de consultation fondée sur les problèmes, a été efficace sur le plan de la participation, de la détermination d'objectifs communs et de l'élaboration d'une approche collaborative de résolution de problèmes. Les projets ont relaté une compréhension accrue de la responsabilité sociale en soins de santé et, plus précisément, de la façon selon laquelle la responsabilité sociale peut être promue grâce à l'utilisation de programmes de perfectionnement professionnel continu axés sur l'équipe. Certaines écoles de médecine ont signalé avoir changé le climat scolaire global en prévoyant des événements réguliers portant sur des questions de diversité.

Plusieurs des projets scolaires étaient axés sur la collaboration interprofessionnelle en équipe et sur la façon de valoriser cette culture parmi les fournisseurs, favorisant ainsi une meilleure compréhension des perceptions des médecins de famille et des profession-

nels de la santé à propos du rôle des médecins au sein des équipes interdisciplinaires. En élaborant de nouveaux moyens pour mieux répondre aux besoins des patients, les fournisseurs ont été en mesure d'évaluer si ces nouveaux moyens étaient plus efficaces. Ce processus d'apprentissage a entraîné des changements dans la façon d'enseigner et dans la pratique des soins de santé.

Cette initiative présentait ses défis; le plus important consistait à maintenir le rythme parmi les 17 projets. Le recours à des champions dans chaque école afin de faire avancer le programme de la responsabilité sociale a allégé ce défi. Les courriels, les téléconférences et les réunions nationales ont également contribué à l'effort de communication et à une bonne utilisation du temps. Le fort réseautage qui a eu lieu à la suite de l'initiative s'est révélé un résultat imprévu. Ce réseau s'étend d'un océan à l'autre et est constitué de personnes qui ont à cœur le renouvellement des soins de santé primaires et qui mettent l'accent sur la responsabilité sociale. Dans l'ensemble, il s'en suit une compréhension accrue de la responsabilité sociale et on cherchera de nouvelles possibilités pour intégrer ce concept à la formation et à la pratique se rapportant aux soins de santé.

Contribution approuvée : 985 000 \$

Personne ressource

Susan Maskill
Directrice d'Administration
Association des facultés de médecine du Canada
Téléphone : 613-730-0687
Courriel : smaskill@afmc.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Projet Pallium : Initiative intégrée de renforcement de la capacité d'offrir des soins

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Alberta Cancer Board (Medical Affairs and Community Oncology); avec les associations et organismes nationaux de soins palliatifs et les autorités participantes (huit universités canadiennes, régies régionales de la santé et sept provinces et territoires)

Contexte et objectifs

Le projet Pallium initial a été conçu en 2001 et visait à améliorer les soins donnés aux Canadiens aux prises avec une maladie mortelle par la création de ressources pédagogiques novatrices à l'intention des professionnels des soins primaires en région rurale ou éloignée. De 2004 à 2006, l'initiative de la phase II du projet Pallium, financée par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP), a abouti sur la création d'une communauté de pratique. Celle-ci était désignée par un groupe de collaboration composé de personnes des quatre coins du Canada, qui ont partagé des pratiques et des intérêts communs afin de faire progresser les compétences et les connaissances en soins palliatifs. Les objectifs primordiaux de la phase II du projet Pallium étaient d'améliorer l'accès aux soins palliatifs, d'en accroître la qualité et de renforcer la capacité d'en offrir à long terme. Par l'intermédiaire d'une vaste gamme de sous-projets parrainés à l'échelon local, l'initiative a favorisé : la sensibilisation du public; le perfectionnement professionnel continu; la gestion du savoir et l'apprentissage en milieu de travail; et l'élaboration de services et la mise en place de modes novateurs de collaboration. L'initiative a privilégié l'amélioration du soutien aux régies régionales de la santé ainsi qu'aux partenaires communautaires du secteur bénévole.

Activités

L'initiative a débouché sur la mise en place de 71 sous-projets axés sur divers thèmes. Les activités ont été exécutées pendant la période de 2004 à 2006. En voici un échantillonnage :

- *Sensibilisation du public et perfectionnement professionnel continu* : Dans le cadre des activités de cette catégorie, les fournisseurs de soins de santé ont participé à des activités pédagogiques et d'apprentissage selon le contexte de leur milieu de travail et les systèmes locaux et régionaux de soins de santé. Par

exemple, quelque 957 médecins, infirmières et infirmiers, pharmaciens et autres professionnels ont vécu une expérience d'apprentissage multiprofessionnel dans leur propre région socio-sanitaire. En outre, 19 séances de perfectionnement professionnel continu par audioconférence ont été présentées et ont permis aux intervenants en soins de santé primaires (SSP) de l'ensemble du Canada de s'engager régulièrement dans des dialogues locaux essentiels sur les cas de soins difficiles dans la collectivité.

- *Gestion du savoir et apprentissage en milieu de travail* : Dans le cadre des projets liés à ce thème, les intervenants ont obtenu des outils pour prendre de meilleures décisions au chevet des malades, ce qui a facilité leur apprentissage en milieu de travail. Par exemple, on a mis au point une trousse de didacticiels comportant 11 modules (méthodes essentielles d'apprentissage des soins palliatifs et des soins de fin de vie) afin de faire progresser l'apprentissage à l'égard d'une approche de gestion clinique interprofessionnelle des maladies en phase terminale.
- *Élaboration de services et état de préparation du système* : Des initiatives ont favorisé l'adoption du modèle de l'Association canadienne de soins palliatifs (ACSP) à titre de cadre fondamental de planification et d'approbation de nouveaux services et programmes de soins palliatifs. On a effectué des investissements dans les secteurs de l'apprentissage par l'action, de la recherche appliquée en matière de politiques et de la création d'infrastructures de services et de programmes, dans le but d'appuyer l'exécution des services et des programmes de soins palliatifs dans le système de SSP. Par exemple, 233 gestionnaires et coordonnateurs de première ligne de l'ensemble du Canada ont participé à une expérience d'ateliers interactifs axés sur l'étude des possibilités et des obstacles quant à la prestation des services, en plus d'entamer le dialogue sur l'amélioration et la modification des systèmes locaux et à l'échelon des autorités.



- *Établissement de réseaux et de relations* : Des réseaux ont été établis dans le cadre de plusieurs initiatives nationales connexes, comme la coalition de la Stratégie canadienne sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie. Cette initiative avait comme objectif d'assurer l'harmonisation et de minimiser les risques liés aux chevauchements inutiles.

Les autres activités de renouvellement des SSP comprenaient l'harmonisation des ressources et des activités en vue de l'exploitation de projets parallèles, comme l'intégration du secteur bénévole à titre de partenaire des SSP. Les activités de communication et de diffusion, de grande envergure, ont englobé plusieurs publications et exposés. Enfin, on a procédé à une évaluation externe de l'initiative, intitulée *A View from the Canopy*.

Ressources

- Site Web de l'initiative : **www.pallium.ca**
- *The Pursuit of Possibility: A Report Back to Stakeholders Phase II (2004–06)* : Ce rapport est disponible en format DVD.
- Les ressources de la phase II du projet Pallium sont présentées sur le site Web **www.chpca.net** et renferment une bibliothèque nationale de plus de 400 articles de revue approuvés par des collègues sur l'éducation relative aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie.

Apprentissages clés

L'initiative de la phase II du projet Pallium est devenue l'une des expressions les plus visibles et les plus vivantes de la communauté de pratique intersectorielle du Canada. En effet, elle a mis en évidence des réalisations au sein de plusieurs autorités ainsi que des secteurs clés visés par le renforcement de la capacité d'offrir des soins palliatifs à plus long terme. Dans le cadre de l'initiative, on a réussi à faire connaître rapidement une méthode d'innovation locale auprès de plusieurs autorités.

Les activités de sensibilisation du public et de perfectionnement professionnel continu de l'initiative ont entraîné la mise en place en temps opportun d'activités pertinentes et accessibles d'enseignement et d'apprentissage, ainsi que la conception d'outils pratiques communs à l'intention des fournisseurs de soins. De l'avis des participants à l'initiative, la qualité, la convivialité et l'application des produits et des outils pédagogiques

qui ont été élaborés ont grandement simplifié la réalisation de leurs propres programmes d'éducation. Également, dans le cadre de l'initiative, on a prévu des moyens de faciliter la collaboration et de tirer parti de l'énergie, des idées, des relations, de l'expertise et des ressources d'employés compétents. Cet esprit de collaboration a favorisé la concrétisation des 71 sous-projets, de même que la présentation de nouvelles perspectives. Par exemple, le *Modèle de guide des soins palliatifs fondé sur les principes et les normes de pratique nationaux*, qui a été publié en 2002 par l'ACSP et qui a constitué le tout premier modèle fondé sur un consensus national en tant que guide des soins palliatifs, a été adopté et défendu à grande échelle à titre d'outil favorable aux investissements stratégiques dans les systèmes où les soins palliatifs sont donnés.

L'initiative offre plusieurs moyens d'action essentiels pour donner des SSP palliatifs durables. Ces moyens sont les suivants : le recours à des méthodes pour faire participer les professionnels des SSP aux processus de gestion du changement qui se rattachent aux soins de qualité prodigués à une population vieillissante; l'utilisation de la technologie et l'établissement de partenariats entre les fournisseurs et les organismes; une attention portée sur les soins holistiques qui tient compte de l'unité familiale; la compréhension à l'égard de l'aide à apporter aux fournisseurs de services communautaires qui doivent gérer des problèmes complexes de prestation de soins dans un milieu caractérisé par une demande élevée en matière de services et des pénuries de ressources humaines; et un moyen pratique de favoriser l'élaboration d'outils et de ressources pour les médecins. L'initiative a donné un aperçu des stratégies que le gouvernement fédéral pourrait mettre en œuvre afin d'assurer un leadership et de promouvoir l'engagement dans les secteurs ciblés de prestation des services, tout en continuant de respecter l'intention des autorités locales et régionales des provinces et territoires et de s'y conformer.

Contribution approuvée : 4 317 000 \$

Personne ressource

Michael Aherne
Directeur, Projet Pallium—Phase II
Téléphone : 780-413-8195
Courriel : michael.aherne@pallium.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : **www.santecanada.gc.ca/fassp**.

Santé Arc-en-ciel : Améliorer l'accès aux soins

Enveloppe nationale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Coalition Santé Arc-en-ciel Canada; avec les Gay and Lesbian Health Services of Saskatoon; le Nova Scotia Rainbow Action Program; Gris Québec; la Coalition d'aide aux lesbiennes, gais et bisexuels-les de l'Abitibi-Témiscamingue; 2-Spirited People of the 1st Nation; le Rainbow Health Network/Coalition for Lesbian and Gay Rights in Ontario; les Gay and Lesbian Health Services of Saskatoon (le Avenue Community Centre for Gender and Sexual Diversity); le Centre Vancouver; et le Transcend Transgender Support and Education Society/Transgender Health Program

Contexte et objectifs

Cette initiative a été créée pour éliminer les inégalités historiques en matière de santé et d'accès au système de soins de santé primaires avec lesquelles les gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres (GLBT) canadiens sont aux prises. La recherche indique que les gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres (GLBT) sont en bien moins bonne santé que le Canadien moyen. En effet, on retrouve chez ces groupes un taux de suicide, de dépression, de maladie mentale, de toxicomanie et de VIH/sida plus élevé. Les GLBT hésitent peut-être à consulter un fournisseur de soins de santé tant que leur problème n'est pas aigu. L'initiative visait donc :

- à établir des partenariats avec des organismes nationaux d'accréditation des soins de santé, des associations professionnelles et des associations de prestation de soins de santé dans le but de surmonter les obstacles au service et promouvoir la santé et le mieux-être des GLBT;
- à accroître la capacité des fournisseurs de soins de santé à aborder de façon appropriée la santé et le mieux-être des membres des communautés GLBT;
- à renforcer la capacité des communautés GLBT à répondre comme il se doit à leurs besoins en matière de soins de santé primaires;
- à encourager les GLBT à devenir des partenaires actifs dans leurs propres soins de santé, en mettant davantage l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures et la gestion des maladies chroniques.

Elle visait également à faciliter la coordination et l'intégration avec d'autres services de santé.



Activités

Dans le cadre de cette initiative, d'une durée de 29 mois, on a entrepris deux principales activités : l'éducation et l'établissement de partenariats. On a réalisé treize activités particulières :

- analyse de la conjoncture nationale des ressources de santé et de mieux-être des GLBT en vue de déterminer si les écoles médicales ou de travail social ont un programme précis sur les questions liées à la santé et au mieux-être des GLBT;
- projets de partenariat pour élaborer des ressources pédagogiques sur la santé et le mieux-être des GLBT;
- approche;
- rencontres avec des associations professionnelles pour discuter de partenariats;
- conférences nationales sur la santé et le mieux-être des GLBT;
- centre de documentation sur le Web relatif à la santé et au mieux-être des GLBT;
- campagne Surmontez l'Homophobie s'adressant à la communauté GLBT;
- services de consultation, réponses aux demandes de renseignements;
- appui aux établissements d'enseignement dans le cadre de l'élaboration de programmes sur la santé et le mieux-être des GLBT;
- Journée nationale de lutte contre l'homophobie, transformation de cet événement de Montréal en un événement pancanadien;
- plan et activités d'évaluation;
- plan et activités de diffusion;
- initiatives de recherche.

Ressources

- Un site Web, www.rainbowhealth.ca, qui contient le plus important volume de renseignements, d'outils pédagogiques, d'études de recherche et d'autres documents liés à la santé et au mieux-être des GLBT

Apprentissages clés

L'initiative a mis en évidence les besoins particuliers en matière de santé des GLBT. Les deux conférences nationales tenues dans le cadre de l'initiative ont réuni des centaines de professionnels de la santé, d'étudiants en soins de la santé et de membres de la communauté pour discuter de questions et partager de l'information et des ressources pertinentes en matière de soins de santé. L'initiative a trouvé des ressources pertinentes en soins de la santé, en a augmenté le nombre, les rendant plus accessibles en les recueillant et les organisant dans un site Web contenant le plus important volume de renseignements, d'outils pédagogiques, d'études de recherche et d'autres documents liés à la santé et au mieux-être des GLBT.

Les parrains de l'initiative croient qu'elle aura une incidence à long terme sur la santé et le mieux-être des GLBT. Ils croient également que le manque de politiques, de stratégies et de financement destinés à la santé et au mieux-être des GLBT constituent la grande difficulté pour ce qui est d'appuyer le travail de l'initiative. Toutefois, ceux qui ont un intérêt et une volonté à ce que des changements soient apportés appuieront les travaux.

Contribution approuvée : 2 307 000 \$

Personne ressource

Gens Hellquist
Directeur exécutif, Coalition Santé Arc-en-ciel Canada
Téléphone : 306-955-5130
Courriel : gens@rainbowhealth.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Enveloppe Autochtones

L'Enveloppe Autochtones appuyait l'accès des populations autochtones aux soins de santé primaires intégrés, en favorisant la réalisation de changements durables et à grande échelle dans le système de soins primaires des Premières nations et des Inuits et dans les systèmes de soins primaires territoriaux et provinciaux qui soutiennent la santé des Autochtones.

Les objectifs de l'Enveloppe Autochtones étaient les suivants :

- favoriser la prestation, aux peuples autochtones, de services de santé primaires rentables et plus productifs par l'intégration des services et des ressources actuels;
- accroître la coordination de la prestation de services entre la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada (DGSPNI), les gouvernements des provinces et des territoires, les communautés des Premières nations et des Inuits et les organisations de santé;
- accroître la capacité des systèmes provinciaux ou territoriaux et de ceux de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de se rendre des compte, les uns aux autres et à leur public, grâce à la mise en commun de l'information;
- améliorer la qualité des services de santé primaires fournis aux peuples autochtones, notamment la pertinence culturelle des services;
- améliorer les liens entre les services de santé primaires et les services sociaux fournis aux peuples autochtones.

L'Enveloppe Autochtones accordait son soutien en fonction de deux principaux volets :

- **Le renouvellement du système de santé** : initiatives à grande échelle visant le renouvellement des systèmes de prestation de soins de santé primaires dans leur intégralité, plutôt que seulement des centres particuliers, des cabinets professionnels ou des établissements de soins. Par « grande échelle », on entend à la fois la taille de la région géographique touchée par le renouvellement et l'ampleur du renouvellement.
- **L'amélioration du système de santé** : initiatives améliorant la prestation des soins de santé primaires d'une manière avantageant tout particulièrement les peuples autochtones.



Initiative de soins partagés de Bigstone–Aspen (BASIC)

Enveloppe Autochtones

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Bigstone Health Commission; avec l'Aspen Regional Health Authority; le Municipal District of Opportunity, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits—région de l'Alberta; l'Alberta Health and Wellness; le programme ACADRE de l'Université de l'Alberta

Contexte et objectifs

La bande autochtone Bigstone Cree Nation regroupe plusieurs collectivités relevant de l'Aspen Regional Health Authority [régie régionale de la santé d'Aspen] en Alberta. En raison de la géographie du territoire et des caractéristiques démographiques de cette collectivité des Premières Nations, il est difficile d'y recruter et d'y maintenir en poste des professionnels de la santé et, donc, d'offrir à la population un accès équitable aux services de soins de santé. Pour toutes ces raisons, le territoire de Bigstone ne jouissait pas d'un éventail complet de services de soins de santé. Il y avait également un désir de concentrer les services autour de deux points d'intérêt particulier : la promotion de la santé et la prévention, ainsi que la gestion des maladies chroniques comme le diabète (courantes dans la collectivité). L'Initiative de soins partagés de Bigstone-Aspen (BASIC) a permis d'établir trois objectifs pour s'attaquer à ces problèmes : l'intégration des services de santé et la collaboration, le partage d'information entre secteurs de compétence et la mise au point d'un modèle de remboursement des médecins reposant sur un plan de relation différent (« Alternate Relationship Plan »).

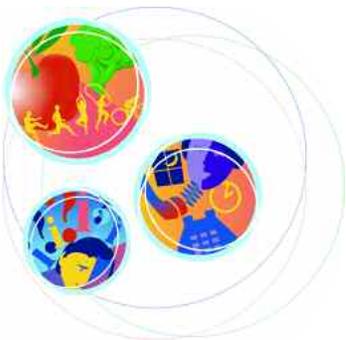
Activités

De mars 2004 à juin 2006, l'initiative a permis d'effectuer les activités suivantes :

- Création d'un comité directeur afin de superviser le processus de recherche et de mise en œuvre;
- Analyse des services fournis ou requis;
- Description des processus associés aux aspects opérationnels de la prestation des services de santé et évaluation des effets du partage d'information sur la protection des renseignements personnels entre secteurs de compétence;
- Mise au point d'un modèle de soins à domicile à l'intention des collectivités du Nord et établissement d'une installation multi-usages, ce qui comprend l'ébauche d'un modèle de prestations de services selon un plan de relation différent;
- Création d'indicateurs de santé qui ont permis de recueillir des données propres aux bandes.

Ressources

- Modèle de prestation partagée des soins à domicile fondé sur l'expérience des activités de mise en œuvre au sein des collectivités nordiques
- Ébauche d'un modèle de plan de relation différent
- Évaluation des répercussions sur la protection des renseignements personnels
- Indicateurs portant sur les effectifs médicaux ainsi que sur les visites à l'urgence ou à l'hôpital au sein des collectivités nordiques



Apprentissages clés

La collaboration est possible entre les différents secteurs de compétence, malgré l'importance des défis et des obstacles. Le modèle de prestation partagée des soins à domicile mis au point pour cette communauté offre toute une gamme de services. Le modèle de prestations des services selon un plan de relation différent fournit quant à lui un nouveau modèle de remboursement des médecins. On a construit une installation multi-usages pour une collectivité éloignée accessible seulement par voie aérienne. La nouvelle installation offre des services locaux de santé, d'aide à l'enfance et sociaux en utilisant une approche multidisciplinaire. Les données sur le rendement fondées sur des indicateurs permettront la production de rapports comparatifs et le repérage des tendances dans la collectivité.

Les artisans de l'initiative ont trouvé difficile d'établir une relation de confiance entre les partenaires de l'initiative. Par contre, la force du leadership assuré par les dirigeants politiques et administratifs a facilité le processus. Tant Bigstone qu'Aspen ont réorienté des fonds pour couvrir les coûts permanents de ces nouveaux services.

Contribution approuvée : 1 995 000 \$

Personne ressource

Lyle R. McLeod
Président-directeur général
Bigstone Health Commission
Téléphone : 780-891-2000
Courriel : lyle.mcleod@bigstonehealth.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Initiative d'intégration de la santé

Enveloppe Autochtones

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada; avec les collectivités et les organismes des Premières nations de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, du Manitoba, de l'Ontario, de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick; un organisme inuit du Nunavut; les ministères de la Santé de six provinces et d'un territoire de même que les régies régionales de la santé connexes; les villes de Norway House (Manitoba), de Sioux Lookout et de Moosonee (Ontario); collèges professionnels de soins infirmiers en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick; des professionnels de la santé et des évaluateurs des soins de santé

Contexte et objectifs

Les Premières nations et les Inuits reçoivent des services de soins de santé par le biais des services offerts par le système de santé fédéral aux collectivités ainsi que des systèmes de santé provinciaux et territoriaux. Divers rapports, dont ceux de Kirby et Romanow et celui de la Commission royale sur les peuples autochtones, ont souligné la nécessité de mieux coordonner les services de santé. Afin de répondre à ce besoin, on a créé l'Initiative d'intégration de la santé pour :

- explorer, élaborer et analyser des modèles en vue d'une meilleure intégration des services offerts par le système de santé fédéral aux collectivités des Premières nations et des Inuits, et des services de santé provinciaux et territoriaux;
- établir des mécanismes de collaboration et d'harmonisation entre les programmes communautaires fédéraux et les systèmes de santé provinciaux et territoriaux.

Les objectifs de cette initiative étaient les suivants : améliorer l'accès aux services de santé et leur qualité; tirer parti de la capacité existante; créer des économies d'échelle; combler les besoins prioritaires des collectivités; et concevoir des solutions gagnant-gagnant pour l'ensemble des partenaires.

Activités

Au cours des trois années d'exécution de l'Initiative d'intégration de la santé (2003–2006), on a entrepris des activités de recherche appliquée, d'élaboration de politiques et de financement de huit projets d'intégration. Ces projets visaient : à transmettre des renseignements sur les aspects pratiques de l'intégration des systèmes de santé financés par le gouvernement fédéral pour les Premières nations

et les Inuits, et des systèmes provinciaux et territoriaux de santé; à éliminer le chevauchement des efforts; à déceler les lacunes liées aux services; à créer des économies d'échelle potentielles; et à cerner les points à améliorer (rapidité de diffusion de l'information, accès aux services de traitement et de réadaptation, et qualité de ces services).

Voici les huit projets :

- *Intégration des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies au Nunavut* : On a examiné les programmes de promotion de la santé en place dans le but d'harmoniser les soins de santé offerts par les autorités fédérales et territoriales dans les domaines de la santé maternelle, de la santé infantile, des soins dentaires et du traitement des toxicomanies;
- *Élaboration d'une politique de collaboration en matière de soins infirmiers par la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick* : On a élaboré un cadre portant sur des normes de pratique à l'intention des infirmières de santé communautaire qui travaillent au sein des collectivités des Premières nations et des Inuits de ces deux provinces de l'Atlantique;
- *Intégration des soins primaires pour la Première nation d'Elsipogtog* : On a intégré les services communautaires et amélioré la collaboration avec les régies régionales de la santé;
- *Modèle de prestation de soins primaires et de soins de santé publique aux collectivités de la zone de Sioux Lookout* : On a élaboré un plan portant sur un système holistique de soins primaires qui intégrerait tous les services dans une structure de gouvernance mise en place par les Premières nations;
- *Initiative d'intégration des services de santé de la région de Weeneebayko* : On a créé une autorité locale de santé pour les Premières nations en vertu de la législation provinciale;
- *Projet de planification de l'intégration des soins de santé destinés à la Nation crie de Norway House* :



On a mis en place un plan et un conseil de santé indépendants en vue d'une structure intégrée de prestation de soins de santé pour les résidents des Premières nations et ceux de la collectivité voisine;

- *Plusieurs autorités, un seul système : un projet de partenariat en vue de l'intégration des soins aux personnes atteintes de diabète* : On a adopté une approche intersectorielle et axée sur la collaboration pour favoriser le contrôle du diabète au nord de l'Alberta;
- *Projet de traitement des maladies chroniques de l'île de Vancouver* : On a étudié une approche intégrée de gestion des soins offerts aux malades chroniques des Premières nations dans les domaines de la dépression, de l'arthrite et du diabète.

Également, dans le cadre de l'initiative, on a entrepris des travaux de recherche et d'analyse afin de contribuer à l'avancement des connaissances et de la compréhension de l'intégration du système de santé sur la scène nationale et internationale. En outre, on a étudié les services provinciaux et territoriaux destinés aux Premières nations et aux Inuits. L'initiative a privilégié les échanges entre les intervenants, en particulier lors de trois ateliers nationaux qui ont eu lieu à Moncton, à Vancouver et à Gatineau. Un autre volet de l'initiative a porté sur la conception d'un cadre stratégique en vue de l'orientation de l'intégration. On a alors exécuté des projets de recherche régionaux et des analyses de la conjoncture en plus d'évaluer des projets d'intégration.

Ressources

On a produit plusieurs documents afin de promouvoir l'intégration à l'échelon des collectivités :

- Dans le cadre du projet de la région de Weeneebayko, on a élaboré une ébauche d'entente tripartite, une entente spéciale sur la fusion d'hôpitaux ainsi qu'un plan directeur de services.
- Le projet de soins infirmiers de l'Atlantique a entraîné l'établissement de 45 politiques qui orienteront la pratique des soins infirmiers dans les collectivités des Premières nations et des Inuits, de même que la mise en place d'un modèle pour les politiques éventuelles.
- Le projet d'Elsipogtog a permis de créer un manuel de pratique en collaboration ainsi que du matériel de formation en s'inspirant d'une approche axée sur la santé de la population.

- Le projet du Nunavut a comporté la préparation d'un plan d'action sur l'approche relative à la santé mentale et au traitement des toxicomanies, ainsi qu'une analyse des lacunes quant aux programmes de santé maternelle, de santé infantile et de soins dentaires.

Apprentissages clés

L'initiative a confirmé que l'intégration constitue encore une méthode importante d'amélioration de la prestation des services de santé aux Premières nations et aux Inuits, et qu'il est primordial d'atteindre les objectifs en matière de politiques du gouvernement fédéral. Selon les promoteurs, l'Initiative d'intégration de la santé a établi une base pour l'intégration de la santé communautaire. De plus, les partenaires des projets semblent fortement déterminés à continuer d'exploiter les succès réalisés jusqu'à présent. La réussite de l'initiative s'explique par le fait que celle-ci ciblait des secteurs précis des soins de santé qui constituaient des priorités collectives et qui bénéficieraient d'une plus grande intégration. L'évaluation a permis de constater que la souplesse manifestée par les partenaires des projets, qui avaient prévu l'établissement des structures les plus avantageuses, avait contribué à l'obtention de résultats pour les projets, tout comme l'attention particulière accordée à la communication. Les projets financés ont tous été mis en œuvre avec succès. La plupart des premiers résultats semblent démontrer que les projets ont contribué à une évolution vers l'établissement de partenariats en collaboration qui faciliteront la mise en place du fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones. Des ressources, des outils et des modèles de prestation des soins de santé (comme des cartes de soins, des directives et des politiques) ont été conçus et continueront certes d'inspirer la prestation des services de santé dans les collectivités ciblées et avec les autres partenaires qui donnent des services de santé aux Premières nations et aux Inuits.

Contribution approuvée : 10 800 000 \$

Personne ressource

Catherine Adam
Directrice exécutive
Élaboration des systèmes de santé, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5019
Courriel : Catherine_Adam@hc-sc.gc.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Initiative Tui'kn

Enveloppe Autochtones

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Bande indienne Membertou;** avec les cinq collectivités des Premières nations du cap Breton (Membertou, Potlotek [Chapel Island], Eskasoni, Wagmatcook et We'koqma'q) en collaboration avec Santé Canada; le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse; la Cape Breton District Health Authority; la Guysborough Antigonish District Health Authority; l'Université Dalhousie

**Il s'agissait d'une initiative de collaboration des cinq bandes des Premières nations énuméré ci-dessus. L'accord technique a été présenté par la bande indienne Membertou au nom des partenaires communautaires.

Contexte et objectifs

Les cinq bandes des Premières nations du cap Breton (Nouvelle-Écosse), présentent quelques-uns des taux les plus élevés de morbidité et de décès prématurés au pays ainsi que des taux de diabète quasi épidémiques. Comme cette situation soulève de grandes préoccupations, l'initiative Tui'kn (qui signifie « passage » en Mi'kmaq) a vu le jour afin d'intégrer une nouvelle façon de penser en matière de santé et de prestation de soins de santé dans les cinq collectivités. L'initiative visait les quatre buts suivants : supprimer les obstacles à un modèle de soins de santé primaires intégré, holistique, culturellement pertinent et multidisciplinaire, créer le mécanisme de planification concertée et des partenariats dans chaque collectivité, entre les cinq collectivités et parmi les administrations locale, de district, provinciale et fédérale, créer la capacité de recueillir, gérer et interpréter l'information sur la santé à l'échelon local et concrétiser le modèle renouvelé de soins de santé primaires.

Activités

Au cours des trois années de son existence (de 2003 à 2006), l'initiative a permis d'entreprendre quatre stratégies et de déterminer quatre piliers de mesures à prendre en priorité afin de concrétiser le modèle renouvelé de soins de santé primaires. Voici en quoi consistaient les quatre stratégies :

- *Atteindre un effectif complet de médecins de famille.* Cette initiative a permis de recruter trois médecins de famille, qui travaillent en collaboration et qui ne sont pas rémunérés à l'acte, et de former en résidence trois médecins de famille moyennant des ententes de remboursement en services aux bandes locales.
 - *Aider les infirmières à pratiquer selon leur plein potentiel.* L'initiative a permis de présenter la première infirmière praticienne à être intégrée à une collectivité de Premières nations de la Nouvelle-Écosse et démontre une meilleure planification et une meilleure communication au sein de la collectivité, du district de santé et du gouvernement.
 - *Mettre en œuvre un système de dossiers électroniques du patient*

(DEP) dans les cinq sites Tui'kn. Les systèmes pilotes ont été mis en œuvre avec succès dans les cinq sites Tui'kn.

- *Renforcer la capacité des collectivités à recueillir, à gérer et à interpréter des renseignements sur la santé.* Des coordonnateurs des renseignements sur la santé et des évaluations ont été formés dans chaque collectivité pour recueillir, gérer et interpréter des renseignements sur la santé. De plus, un système d'information sur la santé (SIS) a été créé afin de lier divers ensembles de données sur la santé. Le SIS peut être utilisé afin de mieux comprendre les besoins de la collectivité en matière de santé, de déterminer les priorités en santé et de guider la planification et la prise de décisions.

Voici quels étaient les quatre piliers de mesures collectives :

- *Prévention et gestion du diabète.* Les réalisations importantes comprenaient l'élaboration d'un plan d'action multi-communautaire en collaboration en matière de prévention et de gestion du diabète, l'établissement du groupe de travail sur le diabète Unama'ki afin de mettre en œuvre les différentes composantes du plan d'action, l'élaboration d'un protocole de dépistage normalisé du diabète de type 2 chez les enfants et les adolescents, l'élaboration d'une proposition multi-communautaire afin d'obtenir des services communautaires de collecte de sang, l'élaboration d'une série de formation continue fondée sur les résultats d'un sondage évaluant les besoins de formation en matière de diabète des travailleurs de la santé, la présentation d'une activité de formation multi-communautaire en matière de diabète et la présentation de cliniques satellites de spécialistes du diabète dans les domaines de la médecine interne et de l'endocrinologie ainsi que la planification de cliniques de néphrologie et d'ophtalmologie.
- *Consommation non traditionnelle du tabac.* L'initiative a permis d'élaborer un plan d'action multi-communautaire pour la réduction de la consommation non traditionnelle du tabac, d'obtenir du financement pour embaucher un coordonnateur à temps plein sur la lutte contre le tabagisme, d'élaborer et de mettre à l'essai deux outils d'enquête complets sur le tabac (un pour les jeunes et un pour les adultes), d'obtenir du financement pour recueillir et analyser des données de base sur le tabac



et élaborer des rapports communautaires personnalisés, de planifier une campagne communautaire de sensibilisation à l'intention des adultes et des parents qui fument en présence d'enfants et d'adolescents, de mettre en œuvre de nombreuses initiatives fondées dans les écoles de lutte contre le tabagisme, d'organiser des programmes d'abandon du tabac en milieu de travail, de renseigner les femmes enceintes et les personnes atteintes de diabète sur le tabagisme ainsi que d'élaborer des activités axées sur le tabac à mâcher. Le groupe de travail sur la lutte contre le tabagisme a formé un partenariat avec le groupe de travail des Premières nations/Services de santé publique sur la lutte contre le tabagisme déjà établi afin de mobiliser les ressources pour aborder les questions prioritaires déterminées lors d'un forum de planification de mesures sur le sujet.

- *Prévention des blessures chez les enfants.* Élaborer un plan d'action multi-communautaire sur la prévention des blessures chez les enfants (les intervenants de l'initiative Tui'kn se sont associés avec des professionnels de la santé mentale et du travail social de la bande indienne Eskasoni afin d'améliorer et de diriger un programme particulier sur le rôle de parent fondé sur les valeurs culturelles des Mi'kmaq), élaborer et mettre en œuvre un sondage multi-communautaire sur la prévention des blessures chez les enfants et créer des profils communautaires de blessures chez les enfants.
- *Abus de médicaments sur ordonnance et prescription fondée sur des données probantes.* Les intervenants de l'initiative Tui'kn ont présenté un forum sur l'abus de médicaments sur ordonnance qui a jeté les bases en vue de l'élaboration d'un plan d'action sur l'abus de médicaments sur ordonnance, ont formé un groupe de travail multi-communautaire/multi-organisme afin d'activer quelques-unes des recommandations découlant du forum, ont établi une relation de travail avec le Collège des médecins et des chirurgiens de la Nouvelle-Écosse et travaillent avec eux à l'élaboration d'un guide clair et compréhensible sur les procédures de traitement des plaintes du Collège, ont élaboré et dirigé un atelier visant à aider les professionnels des soins de santé primaires en matière de prestation de soins de santé convenables sur le plan culturel dans un milieu de Premières nations, ce qui constitue une étape importante afin de prévenir la première utilisation de médicaments sur ordonnance susceptibles d'entraîner une dépendance, et ont établi un lien avec le pharmacien du Programme de soins de santé non assurés de la région de l'Atlantique afin de mieux connaître la portée du problème d'abus de médicaments sur ordonnance au sein des cinq collectivités.

Ressources

- Deux outils d'enquête sur le tabac (un pour les jeunes et un pour les adultes) ont été élaborés et mis à l'essai.
- Un manuel sur le programme du rôle de parent, *Wjit Knijanaq—For Our Children* [Wjit Knijanaq—Pour nos enfants], fondé sur les expériences découlant du modèle de la bande indienne Eskasoni, a été publié dans le cadre du regard sur la prévention des blessures chez les enfants.
- Une vidéo éducative destinée aux patients fondée sur la tradition orale des Premières nations a été créée afin de présenter à la collectivité le nouveau rôle des infirmières praticiennes.
- Un site Web du projet (www.tuikn.ca), un CD-ROM et un document patrimonial ont été créés.

Apprentissages clés

Grâce à l'initiative Tui'kn, les cinq collectivités ont appris à collaborer dans tous les aspects du système de soins de santé (entre les collectivités, au sein des équipes de pratique, au sein des populations de patients et parmi les ordres de gouvernement). Deuxièmement, elles ont également appris à renforcer la capacité de la collection, de l'interprétation et de la manipulation des renseignements sur la santé à l'échelle communautaire. Troisièmement, les cinq collectivités ont trouvé une solution à l'un des plus grands défis de la prestation de services de soins de santé primaires en milieu rural, soit de recruter et de maintenir en poste un effectif complet de médecins de famille. Finalement, le SIS, qui a été conçu dans le cadre de l'initiative, permet aux collectivités de suivre les tendances, l'utilisation et les résultats et de recourir à des analyses afin d'appuyer des décisions cliniques, politiques et de financement. Les promoteurs de l'initiative croient que le SIS, qui comprend des données provenant du dossier électronique du patient et qui lie toute une gamme de sources locales, provinciales et nationales, offre l'un des ensembles de données les plus solides pour la planification et l'évaluation de la santé au pays.

La durabilité réside dans les postes de soins de santé qui ont été créés et pourvus, les relations qui se sont forgées, la preuve de réussite de la présentation de nouveaux modèles, la capacité de déterminer les besoins en santé et finalement, comme le mentionnent les promoteurs de l'initiative, le choix des décideurs de prendre des décisions fondées sur la preuve de ce qui fonctionne.

Contribution approuvée : 2 946 380 \$

Personne ressource

Sharon Rudderham
Présidente, Équipe de gestion de l'initiative Tui'kn
Téléphone : 902-379-3200
Courriel : srudderham@eskasonihealth.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Institut de santé et de mieux-être des populations du Nord et Autochtones

Enveloppe Autochtones

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

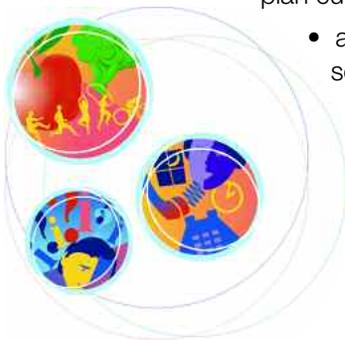
Manitoba Keewatinook Ininew Okimowin; avec la régie régionale de la santé de Burntwood

Contexte et objectifs

Le Northern and Aboriginal Population Health and Wellness Institute [Institut de santé et de mieux-être des populations du Nord et autochtones] a été créé en réponse aux préoccupations croissantes à propos à l'état de santé en déclin des peuples autochtones vivant dans le nord du Manitoba. Des problèmes et des obstacles gouvernementaux ont été désignés comme des facteurs qui empêchent la mise en œuvre de solutions plus efficaces à ce problème. Afin d'aborder ces préoccupations, le Manitoba Keewatinook Ininew Okimowin (MKIO) et la régie régionale de la santé de Burntwood se sont associés dans le cadre de cette initiative pour créer le Northern and Aboriginal Population Health and Wellness Institute. L'objectif était de favoriser la prestation de services de soins de santé primaires de façon plus productive et plus économique et d'améliorer l'accès aux services de santé primaires dispensés aux peuples autochtones ainsi que la qualité et la pertinence de ces services par une intégration et une coordination accrues des ressources et des services actuels. On espérait que le travail de collaboration des partenaires de l'initiative contribuerait à accroître la capacité des peuples et des collectivités autochtones et du Nord à planifier et à gérer leurs problèmes et leurs services en matière de santé. On visait aussi d'autres objectifs :

- permettre une compréhension holistique plus approfondie des services de santé et de mieux-être et soutenir l'intégration de méthodes curatives traditionnelles à des services de santé classiques;
- élaborer des façons de faire et des plans d'action intégrés, axés sur la collectivité et pertinents sur le plan culturel;

- améliorer l'accès aux services de soins de santé primaires chez ces collectivités et permettre l'élaboration d'approches multigouvernementales aux problèmes en matière de soins de santé primaires.



Activités

L'initiative a commencé en juin 2004 et s'est terminée en juin 2006. Les activités étaient axées sur le diabète, le suicide chez les jeunes et les méthodes curatives traditionnelles. Elles comprenaient :

- des consultations auprès de collectivités autochtones particulières, d'agents fédéraux, provinciaux et municipaux et d'organismes de la santé et des services sociaux afin d'aborder les domaines prioritaires;
- des analyses environnementales et des analyses documentaires de chaque domaine afin de déterminer les modèles de gouvernance, les sources de financement et les partenariats, les priorités de formation en matière de soins de santé primaires, les données démographiques de la prestation de services et les défis. On a examiné également des pratiques exemplaires;
- des activités liées au diabète, dont des groupes de discussion, des sondages et un forum sur le diabète dans le Nord, qui a eu lieu en mars 2005;
- des groupes de discussion, des sondages, des réunions auxquelles ont participé des intervenants clés et une conférence à l'intention des travailleurs de première ligne et des prestataires de services, qui a dirigé l'attention sur le suicide chez les jeunes;
- une exploration des méthodes curatives traditionnelles grâce à des sondages et à 18 groupes de discussion dans quatre collectivités. Une conférence, axée sur la pratique de méthodes curatives traditionnelles et leur incidence sur le mieux-être individuel et collectif, s'est tenue en octobre 2004. L'équipe du Northern and Aboriginal Population Health and Wellness Institute s'est rendue dans des cliniques qui préconisent des méthodes curatives traditionnelles et ont rencontré des spécialistes dans le domaine.

Ressources

- Le site Web du Northern and Aboriginal Population Health and Wellness Institute (www.naphwi.ca)
- La brochure du forum sur le diabète
- Un document de travail résultant de la Conférence sur le suicide chez les jeunes portant sur des stratégies pour surmonter les obstacles gouvernementaux

Apprentissages clés

Cette initiative a renforcé la participation des collectivités des Premières nations du Nord à leur processus décisionnel en santé et en soins de santé. Notamment, le forum sur le diabète a servi de véhicule pour que les membres de la collectivité et les prestataires de services collaborent dans le cadre d'un problème de santé très pressant. On a soulevé des préoccupations à propos du manque de ressources attribuées aux mesures préventives et de promotion de la santé et d'un manque de modèles autochtones quant à la promotion de modes de vie sains. Devant ces préoccupations, on a établi des plans d'action en collaboration, y compris l'élaboration de documents sur le diabète à l'intention des collectivités, la prestation de services réguliers en diététique et la formation d'employés en santé communautaire. L'initiative a confirmé que les services de lutte contre le suicide chez les jeunes dans le nord du Manitoba créent de la confusion et ne sont pas coordonnés et le Northern and Aboriginal Population Health and Wellness Institute, en collaboration avec ses partenaires gouvernementaux, s'affaire à corriger la situation. Elle a aussi mis en évidence la complexité des problèmes liés aux méthodes curatives traditionnelles. Lors des consultations, on a soulevé des questions au sujet des compensations et des frais de déplacement ainsi qu'à propos des méthodes appropriées pour mesurer et valider les méthodes curatives traditionnelles. Dans le cadre du travail de

l'initiative, le Northern and Aboriginal Population Health and Wellness Institute et ses partenaires ont élaboré un cadre de collaboration permanente concernant le recours à des méthodes curatives traditionnelles dans le domaine des soins de santé primaires. Le Northern and Aboriginal Population Health and Wellness Institute a également été invité à se joindre au groupe de travail sur la tuberculose dans le Nord et a défendu avec succès la participation communautaire significative aux efforts visant à contenir une épidémie de cette maladie. Le succès de ce groupe a démontré à quel point des partenaires intergouvernementaux peuvent aborder efficacement des questions précises dans le domaine de la santé. Le Northern and Aboriginal Population Health and Wellness Institute est également devenu partenaire et signataire de la charte sur l'initiative pour la prévention des maladies chroniques, selon laquelle les collectivités autochtones doivent jouer un rôle plus actif dans le cadre des activités de prévention des maladies chroniques de la région.

Les partenaires et le conseil du Northern and Aboriginal Population Health and Wellness Institute sont déterminés à travailler ensemble pour tirer parti des réalisations de l'initiative afin d'assurer un meilleur état de santé et du mieux-être aux peuples des collectivités autochtones et du Nord.

Contribution approuvée : 2 925 150 \$

Personne ressource

Duke Beardy
Président
Northern and Aboriginal Population Health and
Wellness Institute
Téléphone : 204-677-0240
Courriel : dukebeardy@kbc.mb.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Stratégie pour les soins infirmiers

Enveloppe Autochtones

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Bureau des services infirmiers, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada

Contexte et objectifs

Le Bureau des services infirmiers (BSI) de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada offre des soins de santé communautaires dans des collectivités de sept régions de la DGSPNI réparties dans 10 provinces. Souvent, l'infirmière est la seule professionnelle de la santé dans ces collectivités, assumant généralement un rôle élargi dans des milieux éloignés et isolés et se fiant sur des consultations avec des services provinciaux de soins tertiaires et des aiguillages de ces derniers. Le BSI fournit un leadership stratégique professionnel pour les infirmières œuvrant dans les collectivités des Premières nations et des Inuits tout en mettant l'accent sur le recrutement et le maintien en poste ainsi que sur l'assurance de la qualité et des normes en matière de pratique des soins infirmiers. Plus particulièrement, le BSI vise ce qui suit : accroître le soutien professionnel et clinique pour les infirmières, améliorer la communication entre les dirigeants des soins infirmiers et le personnel de première ligne, accroître la sensibilisation relativement aux soins infirmiers et à leur étendue dans les collectivités des Premières nations et des Inuits, améliorer et normaliser l'orientation dispensée aux infirmières œuvrant dans ces collectivités, améliorer les compétences cliniques des infirmières œuvrant dans les régions rurales et accroître le nombre de personnes de descendance autochtone qui choisissent les soins infirmiers comme profession.

Activités

Les activités entreprises dans le cadre de cette initiative comprenaient la conception de soutiens et de ressources cliniques et professionnels, y compris :

- des compétences et un énoncé des qualités standards des infirmières qui exercent dans un rôle élargi au sein des collectivités de la DGSPNI; compétences et éducation en matière de pratique des soins infirmiers (compétences relatives au travail et à l'accouchement d'urgence et aux soins d'urgence);
- un CD-ROM sur l'examen physique et la pharmacothérapie;
- la mise en place de spécialistes infirmiers cliniciens et de conseillers en sciences infirmières dans chaque région pour appuyer la pratique professionnelle et l'éducation continue des infirmières œuvrant dans les collectivités autochtones;
- des stratégies et des soutiens en vue d'accroître le nombre de personnes autochtones adoptant une profession dans le domaine de la santé, notamment la profession infirmière. On a tenu deux groupes de réflexion pédagogiques avec des partenaires nationaux, autochtones et de l'éducation en science infirmière et on a élaboré de la documentation de recrutement conjointement avec l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada.

Les activités d'évaluation comprenaient : un sondage réalisé en 2006 par EKOS auprès des infirmières en vue de déterminer les caractéristiques de l'effectif infirmier de la DGSPNI, une évaluation en deux étapes de la mise en œuvre de spécialistes infirmiers cliniciens ainsi qu'une évaluation formative du CD-ROM.

Ressources

- Le portail *INF-Fusion*, une passerelle nationale et bilingue d'information sur le Web permettant aux professionnels de la santé d'accéder à des ressources dans tous les domaines de pratique (soins



directs, éducation, administration et recherche). Il appuie et améliore leur carrière clinique et professionnelle et leur offre l'accès à des bibliothèques numériques, à des experts cliniciens et à des lignes directrices cliniques

- Un CD-ROM sur l'examen physique
- Un cadre d'orientation standard et un cadre conceptuel pour le personnel infirmier de la DGSPNI
- Un CD-ROM sur la pharmacothérapie
- Des compétences normalisées en ce qui concerne le travail et l'accouchement d'urgence et les soins d'urgence dans les collectivités éloignées/isolées de la DGSPNI

Apprentissages clés

Selon le sondage réalisé par EKOS en 2006 auprès de l'effectif infirmier de la DGSPNI, 36 p. 100 des infirmières ont envisagé de changer d'emploi au cours des trois prochaines années, en partie en raison d'un manque de soutien. Les personnes concernées par cette initiative croient que d'offrir une infrastructure cruciale pour ces infirmières—comme celle élaborée dans le cadre du présent projet—appuie le recrutement et le maintien en poste de ces professionnels. Les ressources et l'information élaborées par cette initiative ont été distribuées à grande échelle dans les infirmeries et les centres de santé des provinces; les CD-ROM ont été mis à la disposition des partenaires territoriaux selon un système de recouvrement des coûts.

L'élaboration de lignes directrices normalisées sur la pratique clinique du personnel infirmier de la DGSPNI et de ressources pédagogiques fondées sur la recherche et les protocoles relatifs aux meilleures pratiques a fourni des normes pour les infirmières œuvrant dans des milieux de pratique similaires. Toutes les infirmières membres de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada ont accès à INF-Fusion. Toutes les installations de la DGSPNI utiliseront l'outil d'orientation destiné au personnel infirmier, lequel sera disponible à d'autres établissements de santé ruraux et éloignés.

Le rôle de spécialiste infirmier clinicien est nouveau pour le personnel infirmier de la DGSPNI et comporte un changement au niveau des rôles et des responsabilités du soutien clinique dans ces régions. Le travail des spécialistes infirmiers cliniciens est axé dans trois secteurs clés : la santé maternelle et infantile, la santé mentale et les maladies chroniques/le diabète. On a déterminé qu'il y avait un bassin limité de spécialistes infirmiers cliniciens pour combler ces postes communautaires.

Les réunions de réflexion ont permis au personnel infirmier de la DGSPNI d'établir le profil de la pratique des soins infirmiers des Premières nations et des Inuits. Elles ont également offert aux infirmières œuvrant dans l'éducation, en plus de celles qui appuient les infirmières rurales et éloignées, des occasions de réseautage pour collaborer à des politiques, à de l'éducation et à de la recherche sur les soins infirmiers dans les régions rurales et éloignées. Cette initiative a facilité le dialogue sur les forces et les défis liés à la prestation de services de santé dans les régions rurales et éloignées.

Traditionnellement, la gamme complète de soins de santé primaires et les programmes de santé communautaire ont adopté une approche philosophique et pratique de la prestation des services dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Les activités entreprises dans le cadre de cette initiative ont appuyé la DGSPNI pour faire progresser ce système de soins essentiel.

Contribution approuvée : 4 200 000 \$

Personne ressource

Brenda Canitz
Bureau des services infirmiers
Direction générale de la santé des Premières nations
et des Inuits, Santé Canada
Téléphone : 613-948-8072
Courriel : brenda_canitz@hc-sc.gc.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Transition de la communauté et de l'organisme pour améliorer la santé de tous les habitants du Nord

Enveloppe Autochtones

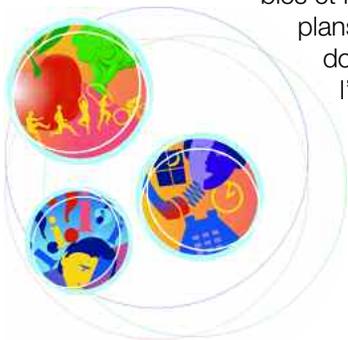
Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Mamawetan Churchill River Regional Health Authority; avec la régie de la santé d'Athabasca; la régie régionale de la santé de Keewatin Yatthé; Northern Inter-Tribal Health Authority; Prince Albert Grand Council; Meadow Lake Tribal Council; Lac La Ronge Indian Band; Peter Ballantyne Cree Nation; Population Health Unit, Northern Health Authorities; Santé Canada, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, région de la Saskatchewan; Saskatchewan Health, District Management Services, région du Nord; Northern Medical Services, Université de la Saskatchewan, Collège de médecine

Contexte et objectifs

Quatre-vingt-quatre pour cent de la population du nord de la Saskatchewan se compose principalement de Cris, de Dénés et de Métis, soit une proportion qui augmente rapidement (près de la moitié de cette population est âgée de moins de 18 ans). Des services de soins de santé primaires sont fournis par des cliniques communautaires, des centres de santé ou des postes de soins infirmiers. Parmi les défis à relever dans le Nord, mentionnons le mauvais état de santé, les problèmes gouvernementaux complexes, les déséconomies d'échelle, les pénuries de ressources humaines et les problèmes liés à l'éloignement et à l'isolement. De plus, dans cette région, les taux de maladies chroniques, de caries et de blessures sont élevés. Le Northern Health Strategy Working Group (NHSWG) [Groupe de travail de la Stratégie de santé du Nord] a été formé en 2001 et officialisé en 2002. Parmi ses membres, on compte des représentants de services de santé régionaux/provinciaux, de services de santé des Premières nations et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Ensemble, ces partenaires fournissent des services de santé à une région dont la superficie équivaut environ à la moitié de la province.

Les intervenants de l'initiative visaient à profiter de la relation de travail des partenaires afin de renforcer leur approche collective en matière de soins de santé primaires. Dans le nord de la Saskatchewan, on estime que les soins de santé primaires sont complets (axés sur la promotion et la prévention, curatifs, favorables et rééducateurs), accessibles (sur les plans culturel, fiscal et temporel), coordonnés (afin d'améliorer l'intégration, l'efficacité et l'efficience), fiables (grâce à une collaboration en matière d'information), durables et de bonne qualité.



Voici quels étaient les trois objectifs précis de l'initiative :

- clairement articuler la Stratégie de santé du Nord et la communiquer aux autres;
- faciliter l'élaboration et l'approbation d'un plan de travail qui aborde les mesures immédiates et à court et à long terme liées à la mise en œuvre d'une stratégie de santé;
- élaborer des partenariats/ententes parmi les organismes membres.

Activités

Les partenaires du Groupe de travail de la Stratégie de santé du Nord ont déterminé dix priorités, soit la santé mentale et la toxicomanie, la gestion des maladies chroniques (en mettant l'accent sur l'autogestion), la santé périnatale, la santé orale, les ressources humaines, la technologie de l'information, la gestion des renseignements sur la santé, les communications, le développement communautaire ainsi que la prise de décisions entre les divers ordres de gouvernement.

On a formé des comités consultatifs techniques. On a ensuite élaboré des plans de travail, selon des étapes constantes établies pour chacun de ces domaines. Les étapes consistaient à préciser l'état actuel du domaine prioritaire déterminé, à établir des normes de pratique, à analyser les écarts entre l'état actuel et les normes, à formuler des recommandations afin de resserrer l'écart, à les présenter au Groupe de travail de la Stratégie de santé du Nord aux fins de discussion, à les modifier selon ses commentaires, à en venir à une entente à propos des recommandations parmi les partenaires, à présenter les recommandations aux conseils des organismes partenaires, à obtenir l'approbation des conseils et à mettre en œuvre les mesures approuvées.

L'évaluation du projet a été effectuée par la Saskatchewan Population Health Evaluation Research Unit (SPHERU), une institution commune de l'Université de Regina et de l'Université de la Saskatchewan. Le

rapport d'évaluation décrit bien l'expérience acquise et les défis à relever et formule des recommandations aux membres du Groupe de travail de la Stratégie de santé du Nord; ce rapport sera offert sur le site Web des Shared Paths [Sentiers communs].

Ressources

L'initiative a permis de formuler plusieurs recommandations en ce qui concerne :

- la collaboration en matière de services de dentisterie élargis
- la collaboration en matière de services de santé mentale élargis
- l'établissement d'une coalition en matière de soins aux malades chroniques
- l'accès et l'élaboration de renseignements et de technologies sur la santé
- les initiatives de formation
- les stratégies de recrutement et de maintien des effectifs
- l'amélioration des programmes
- l'élaboration et la distribution de ressources
- les stratégies collectives de promotion de la santé
- la prise de décisions entre les divers ordres de gouvernement
- la recherche et la sensibilisation

Site Web : <http://paths.sasktelwebsite.net/spnh.html>

Apprentissages clés

Les personnes qui ont participé à l'initiative ont mentionné que celle-ci avait permis de promouvoir la sensibilisation collective et de créer des partenariats. Par exemple, un partenariat, préoccupé par la mise en place de ressources humaines en santé dans le Nord, a tenu une séance axée sur les cheminements de carrière, a étudié les questions liées à la rémunération, a établi un lien avec le comité du marché du travail dans

le Nord et a fait la promotion des carrières en santé. L'initiative a permis de présenter la technologie et d'en faire la promotion en ayant accès à CNET (un simulateur de réseau), en créant un site Web et en intégrant la vidéoconférence. Les partenaires ont également partagé leur formation (p. ex. sur l'autogestion des patients et les entrevues sur la motivation), ont fait la promotion de la communication, ont fait avancer les ressources de promotion/prévention de la santé et ont élaboré des stratégies pour apporter des améliorations en matière de soins aux malades chroniques, de santé orale, d'allaitement et de santé sexuelle.

Les organisateurs croient que cette initiative a permis aux intervenants en santé de réaffirmer leur engagement envers la Stratégie de santé du Nord de la Saskatchewan et de soutenir leurs efforts collectifs afin de transformer des aspects importants du système de soins de santé du nord de la Saskatchewan pour veiller à ce que le système soit aussi homogène et équitable que possible. Ils croient que cette initiative est un modèle de pratiques exemplaires au Canada. La communication et la coordination ont fait des progrès et, bien que des améliorations soient encore nécessaires, les relations établies et les travaux effectués à ce jour seront reconnus grâce au personnel et aux services des organismes membres. Les organisateurs de l'initiative ont indiqué qu'un financement de coordination permanente sera nécessaire, mais ils sont convaincus que la mission, les objectifs et les activités se poursuivront au-delà de l'initiative.

Contribution approuvée : 3 272 536 \$

Personne ressource

Nap Gardiner
Coordonnateur de la Stratégie de santé du Nord
Téléphone : 306-765-1262
Courriel : gardn@sasktel.net

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Accès accru et intégration des services de santé—Plan d'expansion du partenariat Télésanté Keewaytinook Okimakanak (KO)/Réseau NORTH

Enveloppe Autochtones

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

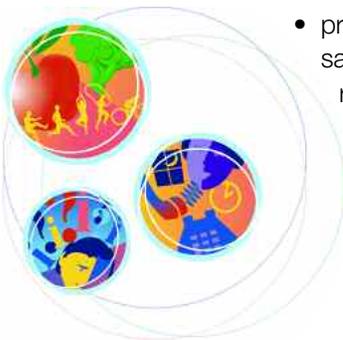
Le Keewaytinook Okimakanak (Northern Chiefs Council); avec le Réseau NORTH (Northern Ontario Remote Telecommunications Health) (qui fait maintenant partie du réseau de télémédecine de l'Ontario)

Contexte et objectifs

En règle générale, les collectivités géographiquement isolées et culturellement distinctes ont un accès limité aux services de santé. Après des années de projets pilotes à la grandeur du pays, la télésanté fait maintenant sa place à titre de norme de pratique en matière de prestation de services de santé de qualité à des collectivités éloignées. Télésanté Keewaytinook Okimakanak (KO) constitue un programme autochtone de télésanté qui dessert environ 23 000 membres des Premières nations qui vivent dans 25 des collectivités ontariennes les plus éloignées. C'est par l'entremise d'un partenariat entre Keewaytinook Okimakanak et le Réseau NORTH que l'on a créé Télésanté KO en janvier 2000, qui utilise une technologie de télécommunications telle que des stéthoscopes numériques et des caméras d'examen des patients pour améliorer les rencontres cliniques et soutenir les séances communautaires de formation en santé dans les milieux éloignés. Ce modèle de service comprend la prestation quotidienne de consultations cliniques ainsi que des séances régulières de formation. Compte tenu du succès initial de ce modèle, un plan d'expansion a été proposé pour offrir le service à 19 collectivités de la région de Sioux Lookout, et a ensuite été financé par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.

Voici en quoi consistaient les buts de l'initiative d'expansion de Télésanté KO et du Réseau NORTH :

- améliorer la coordination de la prestation des services;
- promouvoir des services de soins de santé primaires plus productifs et rentables auprès des peuples autochtones;
- améliorer la qualité des services de santé fournis aux peuples autochtones, dont des services appropriés sur le plan culturel;



- améliorer l'accès communautaire aux services actuels de santé, de formation en matière de santé et médicaux, limitant ainsi le fardeau des déplacements ainsi que les coûts de transport des patients et réduisant l'isolement des professionnels de la santé.

Activités

L'initiative a commencé en octobre 2003 et le financement a pris fin en mars 2006. Les activités étaient conçues pour offrir le service de télésanté aux autres collectivités et, ainsi, renforcer la capacité en intégrant le leadership et la gestion des Premières nations à la planification et à la prestation d'un système coordonné de prestation de soins de santé. Voici ce que les activités comprenaient :

- *Établissements de processus administratifs et de gouvernance* : Keewaytinook Okimakanak devait assumer la gestion du financement du projet.
- *Recrutement et formation* : Comprenant le personnel de télésanté, les coordonnateurs communautaires en télésanté et leurs substituts pour tous les sites.
- *Mise en œuvre des systèmes et des services de réseaux de télésanté* : un équipement de télémédecine a été fourni, envoyé et installé et une connectivité avec le système provincial a été établie. Le service de télésanté a été offert à toutes les collectivités de la région de Sioux Lookout et à la Première nation Beausoleil de Christian Island. Dans l'ensemble, le nombre de séances d'utilisation des services de télésanté des collectivités des Premières nations a augmenté d'environ onze par mois par collectivité, plus particulièrement à des fins de consultations cliniques.
- *Conception et mise en œuvre d'un processus d'évaluation* : Un plan de participation communautaire et un processus d'évaluation ont été conçus et mis en œuvre.

- *Mise en marche d'un plan de communication et de diffusion* : Des présentations nationales, provinciales et régionales ont été effectuées et un site Web a été élaboré.

Ressources

- Le site Web de Télésanté KO : **www.telehealth.knet.ca**
- *Le Manuel de formation de Télésanté KO*
- Le projet de documentation de Télésanté KO : **<http://telehealth.knet.ca/report/pdf.html>**

Apprentissages clés

Télésanté KO a permis de créer un cadre pratique qui peut aider d'autres collectivités des Premières nations, du Nord et éloignées qui veulent intégrer ce service. Le cadre fournit une méthodologie afin de coordonner et d'intégrer un accès provincial et fédéral au programme. Grâce au travail effectué dans le cadre de l'initiative, les collectivités ontariennes les plus au nord et les plus isolées ont vu leur accès à des services de soins de santé primaires être considérablement amélioré. Les résultats d'évaluation ont démontré que le service virtuel avait été très bien accueilli, autant parmi les patients que parmi les fournisseurs, et ont souligné l'importance du rôle des coordonnateurs communautaires en télésanté. À l'origine, le maintien en poste des coordonnateurs communautaires en télésanté représentait un défi, mais il a été relevé

grâce à une restructuration du poste. En définitive, les postes de coordonnateur communautaire en télésanté ont facilité la croissance accrue de l'utilisation et de l'acceptation communautaire de la nouvelle technologie. Télésanté KO a permis d'utiliser de façon plus efficace les ressources humaines de plus en plus difficiles à trouver et a démontré un certain potentiel pour que les collectivités se fient moins aux services de transport des malades. Dans l'ensemble, Télésanté KO a présenté et a géré des changements fondamentaux dans la manière de coordonner et de soutenir les services de santé dans les réserves et a permis aux Premières nations de comprendre, de diffuser et de mettre en œuvre les services et les méthodologies de télésanté. L'initiative est actuellement soutenue par un financement de projet à court terme. Des stratégies provinciales et une politique régionale ou nationale doivent être présentées afin de traiter les exigences opérationnelles permanentes de ces services.

Contribution approuvée : 3 441 495 \$

Personne ressource

Kevin Houghton
Gestionnaire de programme
Télésanté Keewaytinook Okimakanak
Téléphone : 1-800-387-3740, poste 53
Courriel : kevinhoughton@knet.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : **www.santecanada.gc.ca/fassp**.

Initiative de mise en œuvre d'un système de radiologie numérisée et de téléradiologie au Nunavik

Enveloppe Autochtones

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Nunavik; avec Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM); les Centres de santé du Nunavik; le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

Contexte et objectifs

Cette initiative a été conçue afin de rendre disponible en tout temps et rapidement les services d'un radiologue pour la population du Nunavik, une région isolée et majoritairement inuite située au Nord du Québec. Les services de santé primaires de la région étaient dépendants sur l'utilisation d'appareils radiologiques traditionnels qui créèrent des délais de lecture et de réponse aux besoins de la clientèle. Le projet visait à remédier ces difficultés par le biais de l'implantation d'un système de radiologie numérique et de téléradiologie.

Activités

L'initiative a commencé en 2004, et elle était suffisamment avancée pour que les activités cliniques puissent débuter en mai 2006. Les activités de l'initiative ont été axées sur l'acquisition d'équipement et la préparation du personnel quant à son utilisation. En ce qui concerne l'acquisition d'équipement, l'initiative a entrepris plusieurs activités, y compris :

- Le lancement d'un appel d'offres pour les équipements de radiologie numérique. Cette phase a compris, entre autres, l'identification de fournisseurs potentiels; l'identification des besoins techniques; les visites de sites; le lancement de l'appel d'offres; l'ouverture des propositions; et, des consultations avec les parties prenantes variées.

- L'achat des appareils. L'initiative a réussi à obtenir des appareils radiologiques numériques et des postes de consultation pour deux centres de santé au Nunavik : le Centre de Santé de Tulattavik de l'Ungava à Kuujjauq et le Centre de Santé d'Inuulitsivik à Puvirnituk.
- L'acquisition des systèmes d'archivage des images (PACS) pour les deux centres de santé. En plus, un poste diagnostique dédié aux images du Nunavik a été installé à l'Hôpital général de Montréal.
- L'installation des appareils et l'effectuation de tests préliminaires.
- La formation de plusieurs intervenants aux sites de l'emplacement de l'équipement, et l'encadrement du début des activités cliniques.
- L'évaluation de l'implantation de la radiologie numérique au Nunavik.

Ressources

- Le Centre de Santé de Tulattavik de l'Ungava à Kuujjauq et le Centre de Santé d'Inuulitsivik à Puvirnituk ont des appareils radiologiques numériques, des postes de consultation, et des PACs.
- L'Hôpital général de Montréal a un poste diagnostique dédié aux images du Nunavik.

Apprentissages clés

L'initiative a réussi à augmenter la disponibilité des ressources matérielles nécessaires pour le fonctionnement efficace du système de santé dans la région de Nunavik. Par cette initiative, de nombreux avantages ont survenus pour la population du Nunavik. L'initiative a augmenté la qualité des images ainsi que la précision des analyses, notamment parce que la numérisation permet une plus grande flexibilité dans la manipulation des images. Depuis le début des activités clinique (mai



2006), 500 radiographies étaient transmises par mois.

L'accès aux spécialistes est plus facile qu'auparavant, et la main-d'oeuvre en santé a acquis des nouvelles compétences. Vingt-huit intervenants (14 à chaque site) ont reçu la formation, renforçant les ressources humaines.

L'accessibilité du film a augmenté et les problèmes liés au transport et au stockage du film ont été éliminés. En plus, les transactions sont maintenant retraçables sur le serveur en tout temps.

En plus, la population du Nunavik a une meilleure intégration des services de santé, un mécanisme de coordination adapté à la région, et une meilleure gestion dans l'identification et dans la réponse des besoins thérapeutiques à offrir. La réduction des délais accomplis par l'initiative résulte dans une amélioration des services d'urgence. Le délai d'attente est passé de quelques semaines à quatre jours en moyenne.

L'impact de l'initiative sur les soins de santé est aussi évident dans la satisfaction accrue des professionnels de la santé. Les technologues en radiologie se montrent très satisfaits de l'avance technologique, qui leur permet de diminuer les manipulations et qui rend leur travail plus stimulant. Finalement, cette initiative a permis la mise en valeur des services de santé pour la population du Nunavik qui ont maintenant accès à des services en radiologie compatibles à tout citoyen québécois.

Ces développements n'ont pas survenus sans difficultés. Un grand défi pour l'initiative était de travailler avec des intervenants de niveaux et d'endroits divers, représentant des intérêts variés, par exemple lorsqu'il était question d'établir un consensus par rapport aux scénarios d'achat des appareils. En raison de l'envergure du projet, l'initiative a engagé un consultant

pour représenter les intérêts du Nunavik. Le projet a aussi rencontré des difficultés techniques liées au transfert d'images au CUSM et l'interopérabilité entre les systèmes radiologiques au Nunavik et à McGill. Une somme additionnelle versée par le MSSS a permis l'acquisition d'un serveur. Des changements d'ordre technique ont ralenti le déploiement de l'initiative et le processus d'évaluation.

En fin de compte, l'initiative a réussi à établir des outils qui permettront la dispensation de services de radiologie pour plusieurs années. Les avantages acquis par le biais de l'initiative ne sont pas limités dans le temps dans la mesure où l'équipement et la formation sont maintenant des atouts permanents du système de santé au Nunavik. On prévoit également de nouveaux développements qui continueront dans la même veine pour compléter l'initiative. Par exemple, un nouveau projet, présenté à Inforoute Santé Canada, prévoit l'amélioration de l'interopérabilité entre les systèmes Nunavik et McGill avec l'acquisition d'un système d'information en radiologie au CUSM. On prévoit aussi l'acquisition de deux appareils radiologiques numériques pour remplacer les systèmes traditionnels actuels aux villages de Salluit et d'Inukjuak.

Contribution approuvée : 801 900 \$

Personne ressource

Gilles Boulet

Directeur général par intérim

Régie régionale de la santé et des services sociaux
Nunavik

Téléphone : 819-964-2222

Courriel : gilles.boulet@ssss.gouv.qc.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Outil pour aider les peuples isolés—Réseau Ikajuruti Inungnik Ungasiktumi (IIU) de télésanté du Nunavut

Enveloppe Autochtones

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut

Contexte et objectifs

Le Nunavut est confronté à des défis incomparables en matière de prestation de soins de santé. Ses 25 collectivités comptent de 148 à 7 000 habitants et ne sont liées que par la mer, les airs et la communication satellite. Le Réseau Ikajuruti Inungnik Ungasiktumi (IIU) de télésanté du Nunavut, qui signifie « outil pour aider les peuples isolés », est essentiel afin de relier des clients de collectivités éloignées et isolées à des fournisseurs de services médicaux, sociaux et éducationnels, améliorant ainsi l'accès à une plus grande gamme de services à l'intention des résidents du Nunavut. La population, qui se compose de 85 p. 100 d'Inuits, affiche des taux disproportionnellement élevés de mortalité infantile, de suicide, d'agressions sexuelles, de maladies transmises sexuellement et de tuberculose de même qu'un taux de natalité supérieur à la moyenne et une espérance de vie moins élevée, ce qui explique le besoin de services de santé et de services sociaux. Le réseau existe depuis 1999 et a apporté la vidéoconférence et une technologie d'enregistrement et de retransmission à 15 collectivités (le stockage temporaire d'un message en vue de le transmettre plus tard, qui permet l'acheminement à des réseaux qui ne sont pas accessibles en tout temps, comme ceux des régions éloignées). Toutefois, 10 collectivités, dont la population est de 150 à 800 habitants, sont demeurées isolées et non reliées. Cette initiative a permis de soutenir l'expansion de la télésanté vers sept de ces collectivités et le gouvernement du Nunavut a tiré parti de cet investissement pour encourager les dons privés et relier les trois collectivités

restantes. Voici quels étaient les objectifs du Réseau IIU :

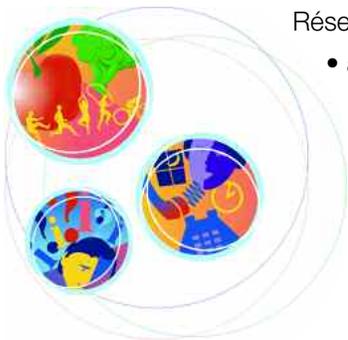
- améliorer l'accès aux services de soins de santé, aux services sociaux, à la santé publique, à l'éducation et à l'administration;

- soutenir l'investissement continu dans le domaine de la télésanté en élargissant l'infrastructure, les services et les programmes de télésanté;
- aider le personnel qui fournit des services dans les régions éloignées grâce à une éducation permanente, à une meilleure résolution de problèmes et à une plus grande participation aux plans d'intervention et à la prestation de soins aux patients;
- offrir des outils pour appuyer l'intégration de la télésanté au système de prestation de services de santé et de services sociaux, y compris des renseignements sur la santé et un accès à d'autres opinions provenant de spécialistes/professionnels;
- utiliser la télésanté comme un outil de développement communautaire, offrant une communication entre les collectivités et les régions à l'appui de déterminants plus généraux en matière de santé.

Activités

En offrant les services de télésanté aux sept collectivités, les activités suivantes ont été entreprises durant l'initiative, de septembre 2003 à mars 2006 :

- Élaboration et amélioration des programmes (de septembre 2003 au 31 mars 2005), y compris un examen complet du programme de télésanté actuel; détermination des lacunes.
- Acquisition et déploiement de postes de travail (d'octobre 2003 à mars 2005) et formation et certification de ressources régionales en technologie de l'information (TI) afin de soutenir et de maintenir l'équipement.
- Mise en œuvre du réseau (de septembre 2003 au 31 mars 2005), y compris l'ingénierie et l'approvisionnement du réseau et des améliorations au site.
- Évaluation (étude d'impact).



Ressources

- Le gouvernement du Nunavut a compilé une liste de leçons apprises de manière à ce que d'autres apprennent de son expérience. Elles sont résumées dans le rapport de fin de projet et constitueraient un outil précieux pour tout organisme autochtone intéressé à mettre en œuvre la télésanté.
- L'initiative a permis de créer un document électronique, soit une formation électronique et un outil de référence qui permet d'acquérir et de comprendre le Réseau IIU de télésanté du Nunavut, les programmes de télésanté, l'utilisation de l'équipement de vidéoconférence, les périphériques, le logiciel du système en matière de télésanté, le programmeur de séances, les formulaires du Réseau IIU de télésanté du Nunavut, le moment où ils sont utilisés et le moyen par lequel obtenir de l'aide lorsqu'on utilise le réseau.
- De plus, l'initiative a contribué à l'élaboration de la trousse Inforoute Santé Canada.

Apprentissages clés

Cette initiative a permis au Nunavut de fournir une programmation et des services complets à tous les Nunavummiut (résidents du Nunavut), et de faire de la plus récente administration du Canada la première à relier toutes ses collectivités à des technologies de télésanté. Elle a aidé le ministère de la Santé et des Services sociaux à s'adapter aux défis de la géographie, du climat et de la température de manière à ce que plus de clients reçoivent des soins plus près de la maison.

Bien que le Réseau IIU ne visait pas à économiser de l'argent mais plutôt à améliorer la gamme de services médicaux, sociaux et éducationnels offerts dans la collectivité et à prodiguer des soins d'une manière nouvelle et pratique, des avantages économiques estimés sans exagération à 1 631 644 \$ sont générés (en grande partie à cause des coûts de déplacement réduits pour des raisons médicales et éducationnelles et des réunions). L'évaluation d'impact signale que la télésanté a eu, et continue d'avoir, une incidence positive sur la santé à l'échelle communautaire. Sur le plan de la durabilité, les ministères de la Santé et des Services sociaux et des Services communautaires et gouvernementaux ont intégré des activités de télésanté et des télécommunications à leur budget en tant qu'éléments réguliers. Chaque ministère a désigné les membres du personnel qui participent à la prestation de services de télésanté. Le Nunavut n'a peut-être pas été en mesure de combler l'écart entre les services offerts à l'échelle communautaire dans le Nord comparativement à ceux du Sud, mais grâce au Réseau IIU de télésanté du Nunavut, il l'a certainement resserré.

Contribution approuvée : 2 700 041 \$

Personne ressource

Tina McKinnon
Gestionnaire du programme télésanté
Gouvernement du Nunavut
Téléphone : 867-975-5902
Courriel : tmckinnon@gov.nu.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones

Enveloppe Autochtones

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Santé Manitoba; avec Enseignement postsecondaire et Formation professionnelle Manitoba; le University College of the North [collège universitaire du Nord]; la régie régionale de la santé de Burntwood; l'Office régional de la santé NOR-MAN; Santé Canada, la Direction régionale de la santé des Premières nations et des Inuits; la nation crie de Norway House; le College of Midwives of Manitoba [collège des sages-femmes du Manitoba]; le Kagike Danikobidan

Contexte et objectifs

Bon nombre de collectivités autochtones ont un accès limité aux services à la mère/au nouveau-né. Les femmes obtiennent les moins bons résultats, et n'ont aucune chance d'accoucher dans la collectivité. En raison de la pénurie de fournisseurs de soins dans le nord du Manitoba, la plupart des femmes enceintes qui habitent au nord du 53^e parallèle doivent quitter leur collectivité et leur famille plusieurs semaines avant la date prévue de leur accouchement. La naissance, au lieu d'être un événement joyeux pour la mère, est souvent une expérience triste, vécue dans l'isolement. Retirer les femmes de leur collectivité constitue une pratique coûteuse, qui a des conséquences négatives sur les familles, prive la collectivité d'une raison de célébrer, fait abstraction des connaissances traditionnelles en matière de naissance et, par conséquent, en précipite la perte. Santé Manitoba croit que la réglementation de la profession de sage-femme constitue une stratégie importante pour aborder la pénurie de fournisseurs de soins de maternité qualifiés dans sa province et ailleurs. La profession de sage-femme peut contribuer à améliorer la santé maternelle et infantile, permettre de ramener les connaissances traditionnelles et l'amour-propre au sein des collectivités et, finalement, contribuer à ramener l'expérience de la naissance dans la collectivité. Ainsi, on a créé le Programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones, dont l'objectif général consistait à « établir un programme complet et durable de la profession de sage-femme au Manitoba qui reflète un mélange de méthodes de pratique traditionnelles autochtones et de l'Ouest, et les systèmes de soutien néces-

saires, à l'intention des personnes d'ascendance autochtone ». Après avoir terminé un programme de baccalauréat de quatre ans en profession de sage-femme avec une spécialisation en profession de sage-femme à l'intention des Autochtones, ces sages-femmes permettront aux femmes

d'accoucher plus près de la maison et de recevoir des soins appropriés sur le plan culturel, réduisant le stress, les risques et les coûts associés à une évacuation de routine pour accoucher. Elles seront également formées pour déterminer les problèmes sociaux qui peuvent nuire à la santé et au mieux-être des clients et travailleront avec d'autres fournisseurs de services afin de coordonner les soins.

Activités

Le Programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones était une initiative à multiples facettes à laquelle a participé un grand nombre de partenaires et d'intervenants importants. Au cours des deux années de l'initiative (de décembre 2004 à septembre 2006), l'équipe du Programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones a adopté une approche sur deux fronts pour élaborer le programme.

D'abord et avant tout, elle a entrepris de longues consultations auprès de collectivités autochtones, dont une table ronde sur l'enseignement autochtone, qui a eu lieu à Winnipeg en avril 2005. Les consultations visaient à :

- recueillir des commentaires concernant le contenu et les méthodologies d'enseignement du programme;
- apprendre des aînés au sujet des traditions et des pratiques qui devraient être intégrées au programme;
- obtenir un soutien communautaire et politique;
- déterminer des lieux d'enseignement convenables;
- recruter des étudiantes potentielles.

Ensuite, elle a consulté des experts en enseignement et en apprentissage à l'intention des Autochtones quant au meilleur moyen d'examiner et d'adapter les modèles de programmes réussis existants afin de refléter une vision autochtone. L'équipe du Programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones a acheté le programme de la profession de sage-femme de l'Ontario Midwifery Education Consortium (le McMaster Consortium) et



de l'Otago Polytechnic University School of Midwifery de Dunedin (Nouvelle-Zélande). Dans certaines situations, le matériel didactique de ces deux programmes était ajouté sans avoir fait l'objet d'une révision appréciable; dans la majorité des cas, une adaptation considérable était nécessaire afin d'atteindre les objectifs généraux du nouveau programme. De nouveaux cours ont été élaborés afin d'intégrer le contenu à l'intention des Autochtones, unique au programme.

Ressources

- *Le baccalauréat du programme de la profession de sage-femme*, « *Baccalauréat Kanaci Otinowawosowin* », qui signifie « profession de sage-femme sacrée » [traduction] en cri, est offert depuis septembre 2006 au University College of the North. Il comprend 26 cours, un total de 122 heures-crédits, et plus de quatre ans d'études à temps plein. Le programme permet aux étudiantes en sage-femme admises directement et aux étudiantes ayant des connaissances préalables notables (qui obtiendraient une équivalence) de poursuivre des études en sage-femme avec une spécialisation en sage-femme à l'intention des Autochtones. Une fois diplômées, les étudiantes pourront présenter une demande d'inscription au College of Midwives of Manitoba à titre de sages-femmes praticiennes. La première admission accueillera neuf étudiantes, soit cinq étudiantes admises directement et quatre étudiantes qui ont déjà reçu une formation et qui possèdent une expérience pertinente et pour qui étudier quatre ans pourrait ne pas être nécessaire pour satisfaire aux exigences du baccalauréat. Le programme sera offert dans deux endroits nordiques : au sein de la nation crie de Norway House et à The Pas.
- Le site Web de l'initiative du Programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones (www.amep.ca) mène directement au site Web de tous les intervenants et offre des renseignements concernant le progrès, le matériel promotionnel, les rapports de progrès des consultations auprès des collectivités, les derniers événements et les personnes-ressources du Programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones.

Apprentissages clés

Il s'agissait d'une initiative difficile à de nombreux égards. Premièrement, on s'est penché sur la sage-femme, une profession très peu commune, ou acceptée conditionnellement, en Amérique du Nord. Deuxièmement, on a cherché à élaborer un programme qui mélange connaissances et pratiques traditionnelles avec ce qui est considéré comme des soins de qualité selon les normes de l'Ouest. Pour y parvenir, on a dû gérer les attentes de nombreuses collectivités et respecter les normes universitaires. Troisièmement, l'initiative a dû se vendre elle-même aux étudiantes et aux usagères potentielles. Pour les premières, on a cherché à créer un programme souple qui offre mentorat et soutien, qui permet différents points d'entrée et de sortie et qui prépare très bien les étudiantes au travail difficile auquel elles seront confrontées en tant que sages-femmes dans les collectivités nordiques isolées. Pour les dernières, l'initiative leur permettait de surmonter les peurs de recevoir des soins inférieurs ou inadéquats.

Certaines connaissances clés découlent de cette initiative. Premièrement, il est extrêmement important que tous les intervenants clés y participent dès le début (Santé Manitoba a laissé l'initiative sur la glace jusqu'à ce que les intervenants les plus appropriés des collectivités, des universités, des associations professionnelles et des gouvernements y participent). Une fois les intervenants en place et motivés, un changement peut survenir assez rapidement. Deuxièmement, des consultations sont nécessaires lorsqu'on essaie de mettre en vigueur un changement important qui aura des répercussions sur les individus et les collectivités, tel que le lieu de naissance et les moyens employés. Troisièmement, même des difficultés importantes peuvent être surmontées si on a la volonté de le faire à différents degrés. Bref, on peut apprendre comment évoluer dans deux mondes différents.

Contribution approuvée : 1 690 927 \$

Personne ressource

Yvonne Peters, gestionnaire de projet
Programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones
Téléphone : 204-832-0681
Courriel : yvonne.peters@shaw.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Amélioration de l'accès aux services des soins de santé primaires aux personnes d'expression anglaise du Québec

Enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS); avec Saint-Brigid's Home Inc.

Contexte et objectifs

Cette initiative s'inscrit dans le contexte d'une vaste réorganisation des services de santé au Québec. Elle cherchait à appuyer les orientations de cette réorganisation en visant l'amélioration de l'accès, en anglais, aux services de santé primaires pour la communauté anglophone du Québec. Quoique les réalités démographiques et l'accès aux services en anglais varient beaucoup selon la région de la province, des barrières linguistiques peuvent compromettre l'accès aux services et mener à des taux de satisfaction plus faibles parmi la clientèle anglophone. L'initiative cherchait à améliorer pour la population d'expression anglaise l'accès en anglais aux services et soins primaires, aux services médicaux et généraux. Elle cherchait également à favoriser les liens entre la communauté et les établissements responsables de fournir les services de santé et les services sociaux. L'initiative s'est engagé à financer des projets qui pourraient répondre à ces objectifs, sous trois volets spécifiques, soit : le volet Info-Santé pour la population anglophone; le volet des services adaptés, pour offrir des services de santé et des services sociaux de qualité en anglais; et, le volet milieux de vie adaptés, qui visait l'offre des services appropriés aux anglophones en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Activités

L'initiative a été lancée le 1^{er} août 2004 et a officiellement pris fin le 31 mars 2006. Les activités de l'initiative étaient organisées autour de la sélection de 37 projets qui ont été financés dans 14 régions administratives du Québec. L'initiative a été réalisée par un comité directeur, un chargé de projet, trois coordonnateurs et un personnel administratif et technique. Elle s'est engagée dans une gamme d'activités, dont :

- Le lancement des appels à propositions de projets;
- L'évaluation des propositions de projets reçus et la décision du choix des projets;
- La communication des résultats aux promoteurs, et la préparation des accords de contribution, et les lettres de confirmation;
- Le monitoring et le suivi des projets, et des visites terrain chez les promoteurs;
- La tenue de deux colloques (organisés les 24 et 25 février 2005, et le 23 novembre 2005, respectivement), visant à permettre aux promoteurs de connaître les attentes et de développer un réseau d'échanges;
- La participation à la 6^e Conférence du CHSSN (le 22 et 23 février 2006);
- L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de communication;
- La réalisation d'enquêtes et d'études auprès de la population anglophone par la firme *SOM recherches et sondages*;
- La rédaction d'un rapport d'évaluation (qui sera complété pour la fin de septembre 2006).



Ressources

- Le développement de ressources a été un élément important de l'initiative. Les projets ont impliqué la réorganisation et la traduction de plusieurs documents, de bottins communautaires, de pages de protocoles, et de guides des usagers.
- Plusieurs communications publiques ont été émises en présence des personnes du RCSSS et des communautés anglophones au sujet du lancement des projets et des résultats atteints. Dans les milieux de vie adaptés, les projets ont réussi la traduction de guides d'accueil, de politiques, de codes d'éthique, de protocoles et de carnets de poche. Ils ont également participé à de diverses communications publiques médiatisées et ont organisé des rencontres d'animation et de mobilisation organisationnelle.
- L'initiative a développé plusieurs ressources sous titre de son plan de communication. Elle a publié un bulletin d'information à trois reprises qui a porté principalement sur l'ensemble des projets, les résultats des enquêtes santé Québec, et des recherches et évaluations sur les projets. Un site intranet a été développé en vue de faciliter la communication entre et avec les promoteurs variés. Une section *Nouvelles* sur le site a rendu accessible des nouvelles afin d'assurer une saine animation du projet.
- Une *Bibliothèque virtuelle*, accessible sur le site intranet, compte plus de 300 documents et outils virtuels en anglais qui peuvent être utilisés comme références par les promoteurs dans leurs régions respectives.
- Site Web : www.chssn.org.

Apprentissages clés

Les 37 projets de l'initiative ont permis de répondre à certains besoins des personnes d'expression anglaise. Ils ont permis d'augmenter et d'adapter l'offre de services chez la communauté anglophone, et d'améliorer la

qualité des services, en particulier dans les milieux de vie adaptés. Les projets financés ont également appuyé la réorganisation majeure des services d'Info-Santé afin de les préparer à mieux répondre aux besoins de la population anglophone au Québec. L'initiative a aussi permis de mettre à jour les données concernant Info-Santé et de réaliser des sondages à son égard. On a aussi organisé des activités de formation de l'information en vue d'améliorer les services. En général, les 37 projets ont réussi à créer une dynamique nouvelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Dès le départ, l'initiative manifestait un désir d'assurer la pérennité des activités et des résultats. Plusieurs avenues sont possibles pour assurer la durabilité des changements positifs. On envisage que la réorganisation des services d'Info-Santé se découlera sur une période de trois ans. Le développement des projets cliniques par le biais d'une planification clinique adapté pour les populations des territoires desservis par les Centres de santé et de services sociaux est aussi envisagé. La révision des programmes régionaux d'accès aux services de santé et aux services en langue anglaise est une autre avenue de futures activités à entreprendre. Finalement, l'initiative et son évaluation serviront comme point de départ pour la préparation d'un avis du comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise qui sera bientôt remis au ministre de la santé et des services sociaux du Québec.

Contribution approuvée : 10 000 000 \$

Personne ressource

Jennifer Johnson

Réseau communautaire de santé et de services sociaux

Directrice exécutive

Téléphone: 418-684-2289

Courriel : johnson@chssn.org

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Résautage Santé en français

Enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Société Santé en français; avec gestionnaires d'établissements de santé; professionnels de la santé; représentants d'établissements d'enseignement; et fonctionnaires

Contexte et objectifs

À travers le pays, il y a une grande diversité des communautés francophones en situation minoritaire. Offrir les services de santé en français est un défi—un défi qui requiert une stratégie. Pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, le réseautage constitue la pierre angulaire des stratégies mises en oeuvre dans les provinces et territoires désireux d'améliorer les services de santé en français à leur population francophone. Mais, en 2002, quand le gouvernement fédéral a annoncé un investissement de 1,9 \$ millions à la transition vers une phase de plein déploiement du réseautage, on ne comptait qu'un réseau : le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario. L'augmentation de ce nombre était le but de cette initiative, et la méthode choisie pour atteindre ce but était de travailler avec des groupes à travers le pays.

Activités

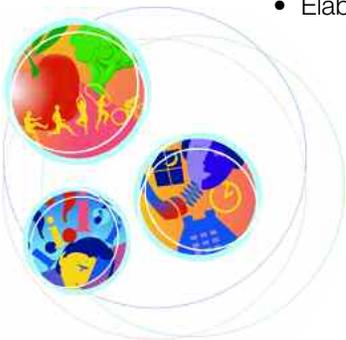
L'initiative, qui a duré un an (2002–03), comportait deux niveaux distincts mais néanmoins complémentaires de réseaux : le niveau provincial-territorial et le niveau national. Les groupes de promoteurs ont entrepris des démarches telles que :

- Tracer un profil de la communauté francophone à desservir;
- Tracer un profil des services de santé dans la région concernée;
- Amorcer ou poursuivre la sensibilisation des partenaires;
- Élaborer un plan d'affaires;

- Définir et mettre en place la structure de gouvernance appropriée;
- Amorcer la planification stratégique et la planification opérationnelle; et
- Préparer un plan d'évaluation.

Chaque province et territoire a choisi une manière différente de poursuivre ses objectifs.

- ResoSanté en Colombie-Britannique a pour mandat de réaliser le plan de développement global de la communauté francophone, secteur santé. ResoSanté est composé de 19 membres individuels ou collectifs représentant des organismes ou institutions.
- En Alberta, les responsables de la mise sur pied du réseau ont tenu de l'assemblée de fondation au début de l'automne 2003. La structure administrative, la planification stratégique, le recrutement du personnel sont à toutes fins pratiques complétés. La structure choisie est celle d'un organisme autonome provincial.
- L'Assemblée communautaire fransaskoise a fait porté ses efforts vers l'identification des professionnel(le)s de la santé capables d'offrir leurs services à la population francophone de la Saskatchewan.
- En Manitoba, le conseil Communauté en Santé a été établi. Son travail : obtenir une reconnaissance officielle du gouvernement provincial et préparer des propositions pour le développement de services précis, dont entre autres l'établissement d'un service de centre d'appels destiné à la population francophone.
- En Ontario, les promoteurs ont mené des travaux de conceptualisation de réseaux régionaux dans le nord et le sud de la province, en plus du Réseau de services de santé en français de l'Est de l'Ontario. Des consultations ont été menées dans toutes les régions auprès des principaux intervenants de la santé. La mise en place de ces trois nouveaux (deux dans le nord) réseaux devrait être complétée à l'automne.



- Au Nouveau-Brunswick, les trois organisations Réseau-action communautaire visent la promotion et l'accroissement de la santé et du mieux-être des individus et des collectivités francophones et acadiennes en sensibilisant les collectivités afin de promouvoir le concept de collectivités saines, travaillant à l'intégration des besoins des communautés francophones et acadiennes à la planification et à la mise en oeuvre de services locaux et régionaux.
- En Île-du-Prince-Édouard, il y a en place une équipe qui lui permet de travailler à la planification de services à l'intérieur du ministère provincial de la Santé et des autorités régionales de la santé. Il a été décidé de créer un réseau conjoint gouvernement-communauté dédié à la tâche de proposer des solutions pratiques pour la livraison des services de santé et des services sociaux.
- En Nouvelle-Écosse, le travail de développement du réseautage s'est fait par des consultations publiques qui ont eu lieu dans différentes régions de la province et par le biais d'entrevues auprès de leaders de la communauté.
- À Terre-Neuve et Labrador, la Fédération des francophones a mené une consultation dans les trois régions de la province où on retrouve des communautés francophones. Cette consultation a permis de dresser un état de situation et des besoins en matière de services de santé.
- Dans les Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, les responsables des associations des francophones ont coordonné les démarches de sensibilisation communautaire dans ces deux territoires.
- Au Yukon, le groupe Les Essentielles pilote le projet de création du Partenariat communauté en santé. Une préposition de termes de référence pour le réseau a été complétée et transmise aux membres pour approbation. Le réseau a débuté ses opérations (embauche de personnel, installation dans des locaux).

Au niveau national, la Société Santé en français a consolidé son organisation, appuyé les comités promoteurs des réseaux dans les différentes régions du pays, amorcé la définition d'un cadre de financement à long terme pour les réseaux et entrepris les démarches en vue d'appuyer des mesures visant l'organisation de services de santé en français.

Ressources

- En Nouvelle-Écosse, un document de travail présentant deux modèles de Réseaux a été élaboré et soumis aux participants à un Forum provincial en 2003
- Site Web : www.forumsante.ca

Apprentissages clés

Même si plusieurs réseaux n'ont pas encore entièrement complété les démarches nécessaires à leur implantation—des démarches restent encore à être complétées pour doter certains réseaux d'une structure formelle—l'initiative a succédé à mettre en place 17 réseaux dans toutes les provinces et territoires. Ces réseaux sont à des niveaux différents de développement, mais il est clair que dans chaque région le réseautage des partenaires a été amorcé et qu'il est maintenant possible aux intervenants de se concerter pour la planification et la mise en oeuvre de services de santé en français. Les réseaux vont compléter leur mis en oeuvre par l'embauche de personnel et la finalisation pour certains, de leur structure de gouvernance, en adoptant leurs règlements pour encadrer leurs actions. Les promoteurs prévoient des difficultés à venir pour le recrutement de personnel qualifié et l'encadrement de ce personnel. Au niveau de la Société Santé en français, ils ont élaboré un programme leur permettant de venir en aide aux réseaux à ce chapitre. Le réseautage est devenu une réalité. Les promoteurs pensent que les réseaux sont maintenant l'instrument incontournable pour le développement des services de santé en français pour les communautés francophones en situation minoritaire du pays.

Contribution approuvée : 1 900 000 \$

Personne ressource

Paul-André Baril

Adjoint aux réseaux, Société Santé en français

Tél. : 613-244-1889

Courriel : pa.baril@forumsante.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Sommaire des initiatives pour les communautés francophones en situation minoritaire

Enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s)

Société Santé en français (SSF); avec 17 réseaux provinciaux et territoriaux affiliés à la SSF

Contexte et objectifs

Hors du Québec, l'accès aux ressources et services de santé dans leur langue n'est pas le même pour les communautés francophones minoritaires que pour les populations anglophones majoritaires. Le fait que les populations francophones soient dispersées représente un défi dans l'offre de services de santé en français au même niveau que pour les plus nombreux anglophones. Cette initiative, qui a généré 70 projets variés, avait pour but d'améliorer cette situation. Sous l'égide de la Société Santé en français, les projets ont poursuivi des objectifs variés tels que, par exemple :

- monter des banques de données et des sites Web;
- développer de nouveaux modèles de prestation de services;
- construire des ressources électroniques;
- améliorer l'infrastructure déjà en place;
- inventorier et traduire des documents;
- développer de nouvelles méthodes de livraison de soins de santé primaires et utiliser les nouvelles technologies afin d'offrir des programmes de soins pour les personnes souffrant de maladies cardiaques;
- identifier les professionnels de la santé dans une province ou une région qui parlent français et qui seraient en mesure d'offrir leurs services en français à la communauté minoritaire francophone, et communiquer ces renseignements aux francophones dans le but d'améliorer leur accès aux services de santé;
- développer cours et ateliers de promotion de la santé;
- créer un premier point de contact de soins de santé primaires dans certains cliniques pour les francophones de la région; et
- établir des liens entre les gouvernements, la communauté, et les établissements responsables de fournir les services de santé.

Malgré des objectifs variés, tous les projets visaient à améliorer l'accès général aux services de santé primaires dans les communautés francophones minoritaires.

Activités

Voici un aperçu des activités de cette initiative qui s'est déroulé à travers le pays pendant la période 2004–06 :

- Les projets *CyberVillageSanté* du Nouveau-Brunswick, *Répertoire des professionnels de la santé en Nouvelle-*

Écosse, et *Promotion de la santé dans les communautés francophones des Territoires du Nord-Ouest* ont construit des sites Web visant à sensibiliser le public francophone.

- En Colombie-Britannique *En français?* un projet de la *Provincial Health Services Authority* a coordonné un répertoire de professionnels de santé francophone de la Colombie-Britannique et a aussi identifié des documents-clés de santé pour traduction.
- Le projet *Accès aux services de santé pour les nouveaux arrivants francophones de Hamilton/Niagara* a offert des sessions de sensibilisation et de formation à l'intention des intervenants auprès des personnes traumatisées ayant été victimes de guerre et de violence.
- Le *Médecine Saint-Jean* a jeté les bases d'un point d'accès pour des services de santé en français, offert des ateliers et des cours visant à promouvoir les bonnes habitudes de vie, et offert un programme de certification linguistique pour les employés d'un établissement de santé.
- Le projet *Développement d'une clinique universitaire francophone interdisciplinaire en réadaptation pour la population francophone de la région d'Ottawa Carleton* a permis à des étudiant(e)s de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa de contribuer au développement d'une clinique interdisciplinaire par le biais d'un programme co-op où ils peuvent offrir leurs services.
- Le projet *L'amélioration des liens entre les patients, les fournisseurs de soins de santé primaires et les services de cardiologie spécialisés* de l'Ontario a amélioré les services de soins de santé offerts aux francophones souffrant de maladies cardiaques qui habitent les régions rurales.
- Le projet *BC HealthGuide* visait à promouvoir et diffuser le *Guide-santé de la Colombie-Britannique* chez les francophones britanno-colombiens et promouvoir son utilisation chez les professionnels de la santé à travers la province.
- Les projets *Répertoire des professionnels de la santé en soins primaires—Nouvelle-Écosse* et *Répertoire des fournisseurs de services de santé en français de Terre-Neuve-et-Labrador* ont identifié les professionnels de la santé de ces deux provinces qui peuvent offrir leurs services en français.

Les activités de la SSF ont consisté à coordonner des appels de propositions et effectuer l'analyse des projets; offrir un soutien aux promoteurs et aux partenaires; assurer la gestion globale de l'enveloppe et la reddition des comptes financiers; et réaliser une évaluation globale de tous les projets financés et la diffusion des résultats des projets.



Ressources

Voici quelques-unes des ressources créées par les projets réalisées dans le cadre de cette initiative :

- Les projets des Territoires du Nord-Ouest et *En français?* ont développé des sites Web. L'initiative de la Provincial Health Services Authority de la Colombie-Britannique dans le projet *En français?* a créé une liste exhaustive de sujets reliés à la santé, avec des ressources traduites portant sur la promotion de la santé, le tout diffusé sur un site Web.
- Le projet du *BC HealthGuide* avait quatre composantes : le manuel *Guide-Santé* et, sur internet, le BC HealthGuide OnLine, la BC NurseLine, et les fiches d'information BC HealthFiles. Le projet a imprimé 23 800 exemplaires du *Guide-santé de la Colombie-Britannique* et 12 100 de ces 23 800 ont été distribués. En plus, 500 exemplaires du *Guide-santé du Yukon* ont été imprimés et 350 exemplaires ont été distribués. (Le territoire du Yukon a adapté le *Guide-santé de la Colombie-Britannique* pour diffusion auprès de la communauté francophone yukonnaise.)
- Le projet *FrancoForme* de l'Ontario a misé sur la promotion de la santé en créant un programme visant la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires chez les francophones de l'Est de l'Ontario.
- L'initiative de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa *L'amélioration des liens entre les patients, les fournisseurs de soins de santé primaires et les services de cardiologie spécialisés* a établi un nouveau modèle de liens entre les services spécialisés, les prestataires de soins et les patients via des technologies de réponse vocale interactive et de télémonitorage à domicile.
- *CyberVillageSanté* offre une section multimédia sur son site Web, portant sur les bonnes habitudes de vie et la promotion de la santé chez les francophones du Nouveau-Brunswick et des autres provinces et territoires.
- Le projet *Accès aux services de santé pour les nouveaux arrivants francophones de Hamilton/Niagara* a créé des sessions de formation aux intervenants auprès des personnes traumatisées ayant été victimes de guerre.
- Le projet *Médocentre St-Jean* a donné des ateliers sur la promotion de la santé et les bonnes habitudes de vie. Le *Médocentre* a aussi offert un programme de certification linguistique pour les employés d'un établissement de santé.

- Le projet de la Fédération Franco-Ténoise des Territoires du Nord-Ouest a misé sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures et la gestion des maladies chroniques en offrant des cours de secourisme, des publications régulières sur la santé et en développant un centre de ressources sur des sujets de la santé.

Apprentissages clés

Pour les francophones à travers le pays, il sera plus facile d'identifier et de recourir à des professionnels de la santé grâce à cette initiative. Les sites Web, la traduction et diffusion de documents, les ateliers et les cours qui furent développés ont certainement aidé à informer et conscientiser le public francophone aux services de santé en français existants afin de leur faciliter de meilleurs choix de santé. En plus, les francophones ont un meilleur accès à des lignes de santé téléphonique. Grâce au travail d'information de la province de la Colombie-Britannique, on a pu constater une légère augmentation de l'utilisation du BC NurseLine par les francophones.

Quelques projets ont offert une sensibilisation et une formation à des professionnels afin de leur aider à offrir des services en français et à être en mesure d'intervenir dans des situations telles la prestation de soins à des victimes de violence et de guerre.

Dans presque toutes les provinces et territoires, on peut noter une augmentation des partenariats entre la communauté francophone et les agences gouvernementales provinciales. Ces meilleures relations vont faciliter les améliorations et les ajustements aux composantes des programmes offerts dans les systèmes de santé.

Contribution approuvée : 18 050 000 \$

Personne ressource

Hubert Gauthier
Président et directeur général, Société Santé en français
Téléphone : 613-244-1889
Courriel : h.gauthier@forumsante.ca

Le rapport complet est offert dans la langue de l'auteur sur le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

