



Santé Health
Canada Canada

Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires

Évaluation sommative

Rapport final

Approuvé par le

Comité exécutif ministériel sur les
finances, l'évaluation et la responsabilisation (CEM-FÉR)
de Santé Canada

15 avril 2008

Canada

TABLE DES MATIÈRES

- **Plan d'action de gestion -Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires - Évaluation sommative**
- **Rapport final du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires - Évaluation sommative**

Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) PLAN D'ACTION DE LA GESTION

Comme le financement du FASSP a pris fin depuis la réalisation de l'évaluation sommative, le présent plan d'action offre des recommandations et indique les leçons à retenir qui permettront de retirer le maximum du travail effectué par les initiatives du FASSP. Des six grandes recommandations du consultant, seule la première demande une action immédiate. Les autres (recommandations 2 à 6) sont destinées à servir de base aux futures initiatives comportant des caractéristique similaires à celles du FASSP. Le Plan suivant met en évidence la réponse du programme en ce qui a trait aux recommandations, les activités connexes qui tiendront compte de ces recommandations, les responsables de ces activités et leur calendrier d'exécution.

Recommandations/Leçons à retenir	Réponses	Activités clés	Responsables	Calendrier d'exécution
Recommandation n° 1 : Continuer sur la lancée et mettre à profit les éléments de continuité du programme				
<ul style="list-style-type: none"> Offrir des possibilités concernant le partage d'information et le maintien des relations établies pendant la durée du FASSP. 	<p>Une fois le FASSP terminé, les gestionnaires et le personnel du FASSP reconnaissent les avantages de l'échange d'information avec des programmes semblables au sein de Santé Canada, ainsi qu'avec les partenaires du FASSP.</p> <p>Un Réseau des pratiques exemplaires, tel qu'accepté par les premiers ministres dans le Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004, a fourni une telle possibilité. Les objectifs du Réseau consistaient à repérer les pratiques exemplaires en matière de renouvellement des soins de santé primaires, à offrir des occasions au gouvernement et aux principaux intervenants de partager leurs réussites concernant le renouvellement et à déterminer les domaines de collaboration possibles. Trois ateliers axés sur des sujets cruciaux pour la réussite du renouvellement des soins de santé primaires ont eu lieu :</p> <p>1) participation et collaboration des fournisseurs de soins de santé primaires, 2) approches interdisciplinaires en matière de soins, 3) réponses aux besoins de la collectivité. Les comptes rendus de ceux qui ont participé à ces activités étaient en grande partie positifs. Néanmoins, les gestionnaires et le personnel du FASSP remarquent qu'il n'existe actuellement aucune voie d'expression ou forum permettant de discuter des questions du FASSP et qu'il s'agit là d'une importante lacune.</p>	<p>Par notre participation au travail de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), des efforts pour encourager la mise en place d'un point de contact pour l'échange des connaissances sur les soins de santé primaires sont actuellement déployés. On explorera les possibilités de poursuite du Réseau des pratiques exemplaires ainsi que les endroits possibles. La présence continue du Canada dans les forums internationaux incite également au partage de l'information et à l'édification de partenariat pour appuyer les améliorations du FASSP.</p>	<p>Gestionnaires et responsables de la Direction des politiques de soins de santé (DPSS)</p>	<p>Automne 2008</p>

Recommandations/Leçons à retenir	Réponses	Activités clés	Responsables	Calendrier d'exécution
<ul style="list-style-type: none"> Envisager la conception d'un mécanisme (p. ex. site Web) donnant accès aux données ou ressources issus d'initiatives du FASSP. 	<p>Des résumés d'information sur le FASSP et ses initiatives subventionnées sont affichés sur le site Web de Santé Canada. Certains résumés comportent également des liens vers les données relatives aux initiatives produites. Comme les ressources sont sous diverses formes, les données ne sont pas toutes sous un format compatible avec cette approche.</p>	<p>Le processus de mise à jour de l'information du FASSP sur le site Web de Santé Canada est déjà en cours. Une fois mis à jour, le site Web donnera accès à la plupart des données et ressources liées au FASSP. Les solutions pour déterminer la meilleure façon de recueillir les données ou ressources qui sont actuellement sous un format incompatible feront l'objet de discussions. La possibilité de périodiquement mettre à jour du site Web dès que de nouveaux renseignements sont disponibles, sera explorée.</p>	<p>Gestionnaires et responsables de la DPSS</p>	<p>Automne 2008</p>
Recommandation n° 2 : Reproduire et mettre à profit les points forts du programme				
<ul style="list-style-type: none"> Le personnel du programme de toute initiative similaire dans l'avenir devra posséder le niveau de capacité des gestionnaires et du personnel du FASSP, particulièrement pour ce qui est du partenariat avec les provinces et les territoires. Songer à poursuivre l'approche « lancer et accélérer ». Poursuivre l'utilisation des ressources ciblées. 	<p>Comme il y a encore des initiatives en cours liées aux soins de santé primaires, il est important de communiquer avec d'autres programmes semblables la conception du programme et de faire connaître les points forts tel que noté dans l'évaluation du FASSP. Il reste toutefois possible que l'approche du FASSP se soit pas toujours appropriée, tout dépendant des objectifs d'un programme particulier.</p>	<p>Une rencontre sera organisée avec les autres membres du portefeuille participant à des activités similaires pour partager notre apprentissage et souligner les réussites ainsi que les choses que l'on ferait différemment.</p>	<p>DPSS et Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère (DMERM)</p>	<p>Automne 2008</p>

Recommandations/Leçons à retenir	Réponses	Activités clés	Responsables	Calendrier d'exécution
Recommandation n° 3 : Renforcer les secteurs du programme qui ont soulevé des difficultés				
<ul style="list-style-type: none"> • Envisager un plus long cycle de financement afin que des résultats semblables puissent être obtenus • Renforcer la capacité administrative afin d'éviter des retards en matière de financement • Songer à réviser les exigences en matière de reddition de comptes 	<p>La plupart des lacunes du programme dont traite cette recommandation sont liées à l'utilisation et aux limites de l'entente de contribution comme mécanisme de financement. Ce mécanisme comporte néanmoins des avantages; par exemple, il favorise les négociations directes avec les provinces et les territoires et permet une communication continue et la création de mécanismes fédéraux-provinciaux-territoriaux (FPT) assurant la régularité de la surveillance et des comptes rendus. En ce qui concerne le cycle de financement du programme, rappelons que le FASSP a été instauré pour aider à couvrir les coûts initiaux et transitionnels de mise en place d'initiatives de soins de santé primaires durables et non pour être une source de financement à long terme. C'est pourquoi le FASSP a appuyé les initiatives importantes de renouvellement qui dépassaient la capacité fonctionnelle courante des gouvernements. L'objectif de cette approche est de promouvoir des changements durables à long terme ayant des répercussions durables sur les systèmes de soins de santé primaires du Canada. Les initiatives étaient financées sachant que d'autres sources de financement renouvelable se présenteraient pour donner suite à la lancée amorcée par le FASSP. Beaucoup de provinces et territoires continuent par ailleurs d'appuyer les efforts de renouvellement sur leur territoire.</p> <p>Il est important de partager ces limites et d'essayer d'atténuer les effets possibles sur les futures initiatives financées.</p>	<p>Une rencontre sera organisée avec les autres membres du portefeuille participant à des activités similaires pour partager notre apprentissage et souligner les réussites ainsi que les choses que l'on ferait différemment.</p>	<p>DPSS et DMERM</p>	<p>Automne 2008</p>

Recommandations/Leçons à retenir	Réponses	Activités clés	Responsables	Calendrier d'exécution
Recommandation n° 4 : Améliorer et préciser les objectifs du programme et la cohérence des résultats				
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer les objectifs pour améliorer l'uniformité et la cohérence. Santé Canada pourrait songer à prendre une position plus ferme quant aux exigences et aux paramètres afin de renforcer la surveillance et l'évaluation de l'atteinte des objectifs de programme. 	<p>Même si des objectifs plus précis auraient pu aider à produire des activités et des résultats plus cohérents, ce n'était pas nécessairement là l'objectif du FASSP. Les objectifs du FASSP ciblaient les domaines où il y avait un consensus croissant d'après lequel les améliorations causeraient des répercussions durables sur les services de soins de santé primaires et sur le plan de la santé (prévention, gestion des maladies chroniques, équipes multidisciplinaires, etc.). L'usage de définitions plus larges reconnaît que diverses approches peuvent mener à des résultats semblables. Comme la prestation de services relève des provinces et territoires, il était important d'établir dès le départ des objectifs favorisant un processus collaboratif. L'approche préconisée donnait aux provinces et aux territoires la souplesse pour adapter les initiatives en fonction de leurs approches propres au renouvellement des soins de santé primaires et selon les besoins de leur population respective. Vu les nombreuses manières de réaliser le renouvellement des soins de santé primaires, en particulier dans le contexte d'un système fédéral, le compromis entre la spécificité et la souplesse était en fait un point fort du FASSP, car il a permis d'obtenir une plus grande participation et l'appui des provinces et des territoires. Cependant, il se peut que cette approche ne convienne pas à tous les programmes, car une définition précise des objectifs demeure généralement préférable.</p> <p>Même si des objectifs plus larges constituaient probablement un avantage pour le FASSP, on aurait pu faire davantage pour faciliter et renforcer le contrôle et l'évaluation.</p>	<p>Une rencontre sera organisée avec les autres membres du portefeuille participant à des activités similaires pour partager notre apprentissage et souligner les réussites ainsi que les choses que l'on ferait différemment.</p>	<p>DPSS et DMERM</p>	<p>Automne 2008</p>

Recommandations/Leçons à retenir	Réponses	Activités clés	Responsables	Calendrier d'exécution
Recommandation n° 5 : Mettre plus d'emphase sur l'attention au public				
<ul style="list-style-type: none"> • Considérer une attention plus directe sur le renforcement des capacités du public, et non pas seulement sur l'introduction de fournisseurs à cette fin. • Se pencher sur la conception d'un message plus concis pour toutes les campagnes « nationales » de sensibilisation relativement à la réforme des soins de santé primaires. 	<p>Il y a un consensus croissant qui voudrait que les patients participe davantage aux soins qui leur sont prodigués, et on déploie actuellement des efforts dans plusieurs provinces et territoires pour aider les patients à gérer les soins qu'ils reçoivent.</p> <p>La campagne nationale de sensibilisation de la population a été</p> <p>des provinces et territoires.</p> <p>Les leçons à retenir des activités du FASSP concernant la participation du public ou des patients seront très utiles pour les autres.</p>	<p>Une rencontre sera organisée avec les autres membres du portefeuille participant à des activités similaires pour partager notre apprentissage et souligner les réussites ainsi que les choses que l'on ferait différemment.</p>	<p>DPSS et DMERM</p>	<p>Automne 2008</p>
Recommandation n° 6 : Continuer de mettre l'accent sur l'appui à un plus grand éventail de professionnels des soins de santé primaires				
<ul style="list-style-type: none"> • On doit travailler davantage pour élargir les interactions des activités interprofessionnelles existantes et pour poursuivre le travail afin d'incorporer plus de types de professionnels dans les réformes prometteuses. 	<p>Même si beaucoup d'initiatives du FASSP ont effectivement ajouté plus de types de professionnels de la santé, il est vrai que l'emphase a surtout été mise sur les médecins et les infirmières praticiennes. Il s'agissait là de la première étape, la plus importante. Les provinces et territoires continuent d'explorer les façons de supprimer les obstacles comme la rémunération et les problèmes de responsabilités afin de favoriser l'inclusion d'autres professionnels de la santé au sein des équipes.</p> <p>Les leçons à retenir pourraient être utiles pour les autres initiatives liées aux équipes interprofessionnelles afin d'assurer que ces équipes font plus qu'inclure des médecins et des infirmières et s'ouvrent aussi à d'autres types de professionnels de la santé.</p>	<p>Une rencontre sera organisée avec les autres membres du portefeuille participant à des activités similaires pour partager notre apprentissage et souligner les réussites ainsi que les choses que l'on ferait différemment.</p>	<p>DPSS et DMERM</p>	<p>Automne 2008</p>

Remarque supplémentaire :

- À la page 36 du rapport, il est dit que « [l']approche de financement au prorata de l'enveloppe des provinces et territoires a été critiquée, en particulier parce qu'elle a une répercussion négative sur les plus petits territoires canadiens. Un certain nombre de répondants interrogés ont indiqué la similarité des "coûts de base" de certains changements et sont allés plus loin en proposant qu'un montant "de base" pourrait être déterminé pour chacun des gouvernements. Le reste de l'attribution de leur enveloppe pourrait ensuite être distribué au prorata de la population. » On doit noter que les territoires (Nunavut, Yukon et Territoires du Nord-Ouest) de même que l'Île-du-Prince-Édouard ont tous reçu un financement supplémentaire par habitant, afin de garantir une masse importante de financement suffisante pour produire des résultats importants et durables.

RAPPORT D'ÉVALUATION FINAL
En vue de L'ÉVALUATION SOMMATIVE DU FONDS POUR
L'ADAPTATION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (FASSP)

Rédigé à l'intention de :
la Direction de la mesure et de l'évaluation
du rendement du Ministère (DMERM)
Santé Canada
Le 3 mars 2008

Produit par
Ann L. Mable
John Marriott
Malcolm Anderson
Brian Hyndman
Sophie Rosa

Alder Group Inc.

**Les auteurs souhaitent remercier les nombreuses personnes
qui ont pris le temps de les aider de maintes façons — examen et mise à l'épreuve des
outils, réponse aux sondages et aux entrevues — afin de les éclairer
davantage et de nous faire connaître leurs commentaires afin d'enrichir les données.**

**Les opinions exprimées dans ce rapport
sont celles des auteurs et de leurs informateurs,
et ne reflètent pas nécessairement le point de vue de
Santé Canada ou de la DMERM.**

Table des matières

SOMMAIRE	III
INTRODUCTION	1
MÉTHODOLOGIE	1
LE SUJET : LE FONDS POUR L'ADAPTATION DES SOINS PRIMAIRES	2
OBJECTIFS DU FASSP	3
QUESTIONS DE L'ÉVALUATION SOMMATIVE DU FASSP	5
CONSTATATIONS CLÉS	6
OBJECTIFS DU FASSP	6
<i>Accès accru aux soins de santé primaires</i>	6
<i>Promotion de la santé, prévention des blessures et des maladies, gestion des maladies chroniques</i>	9
<i>Couverture 24 heures sur 24 et sept jours semaine</i>	11
<i>Équipes interdisciplinaires de soins de santé primaires</i>	13
<i>Coordination et intégration avec les autres services</i>	16
QUESTIONS D'ÉVALUATION DU FASSP : RÉSULTATS, RÉPERCUSSIONS DURABLES, LEÇONS À RETENIR	19
<i>Changement dans les modèles de financement, les structures et les mesures d'incitation</i>	19
<i>Changement dans la structure de la prestation de services de soins de santé primaires</i>	20
<i>Changement dans l'infrastructure et les mécanismes de prestation de soins de santé primaires</i>	22
<i>Changement dans les connaissances et dans la capacité d'assurer la prestation de services de soins de santé primaires</i>	23
<i>Changement dans les politiques et les lois</i>	25
<i>Répercussions sur les fournisseurs de soins de santé primaires</i>	26
<i>Répercussions durables : durabilité, conditions et facteurs</i>	27
<i>Leçons à retenir : pratiques exemplaires, facteurs de réussite</i>	30
INFLUENCE GLOBALE DU PROGRAMME : LE FASSP A-T-IL CHANGÉ LES CHOSES?.....	33
<i>Répercussions et contributions</i>	33
<i>Faire les choses différemment à l'avenir</i>	35
<i>Conclusions sommaires</i>	37
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	38
CONCLUSIONS D'ENSEMBLE	38
RECOMMANDATIONS	39
<i>Recommandation 1 : Continuer sur la lancée et mettre à profit les éléments de continuité du programme dès maintenant</i>	40
<i>Recommandation 2 : Reproduire et mettre à profit les points forts du programme</i>	42
<i>Recommandation 3 : Renforcer les secteurs du programme qui ont soulevé des difficultés</i>	42
<i>Recommandation 4 : Améliorer et préciser les objectifs du programme et la cohérence des résultats</i>	43
<i>Recommandation 5 : Mettre plus d'emphasis sur l'attention au public</i>	44
<i>Recommandation 6 : Continuer de mettre l'accent sur l'appui à un plus grand éventail de professionnels des soins de santé primaires.</i>	45
ANNEXE A MODÈLE LOGIQUE DU FONDS POUR L'ADAPTATION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES	47
ANNEXE B MÉTHODOLOGIE ET DIFFICULTÉS	48
B.1 MULTIPLICITÉ DES SOURCES DE DONNÉES	48
<i>Étude de documents</i>	49
<i>Sondage en ligne</i>	49
<i>Entrevues avec les intervenants</i>	49
<i>Recension des écrits</i>	50
B.2 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	50
B.3 DIFFICULTÉS LIÉES À LA MÉTHODOLOGIE	51
NOTES DE FIN DE DOCUMENT	53

SOMMAIRE

L'Alder Group est heureux de présenter à la Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère (DMERM) de Santé Canada le rapport final de l'évaluation sommative du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP). Ce rapport a pour principaux destinataires le personnel et les décideurs des secteurs visés par ce programme à Santé Canada et au Conseil du Trésor. En outre, il sera en bout de ligne mis à la disposition du public.

L'évaluation sommative constitue la suite des travaux effectués lors de l'évaluation formative du FASSP (notamment une étude de documents, des entrevues, une recension des écrits et un rapport d'évaluation final préparé de 2004 à 2006) et a pour objectif, en règle générale, d'évaluer si le FASSP a servi d'élément important ou de catalyseur des soins de santé primaires et de la réforme du système, et de quelle manière il l'a fait.

Le sujet et le contexte de l'évaluation

Le FASSP est le fruit d'une entraide et d'un engagement pancanadien de haut niveau. Le 11 septembre 2000, les premiers ministres de la Santé se sont mis d'accord sur une vision, un ensemble de principes et un plan d'action pour le renouvellement du système de santé. Ce plan énonce la nécessité d'adopter une approche coopérative qui permettrait de fournir aux Canadiens des programmes et des services de santé de qualité et accessibles. Il affirme en outre qu'une amélioration des soins de santé primaires est cruciale pour le renouvellement des services de santé.

Par suite de l'accord des premiers ministres, le gouvernement du Canada a créé le FASSP d'une valeur de 800 millions de dollars. Pendant six ans (2000-2006), le FASSP a soutenu les provinces et les territoires dans la réforme des soins de santé primaires. Bien que ce programme ait été de courte durée, son objectif premier était d'engendrer des changements durables et permanents dans les systèmes de santé provinciaux et territoriaux sur le plan de l'organisation, du financement et de la prestation des services de soins de santé primaires. Plus particulièrement, il a été conçu pour absorber les coûts de transition de la mise en œuvre d'initiatives relatives aux soins de santé primaires à travers le Canada dans le but d'améliorer l'accès, la qualité des soins, la comptabilité et l'intégration des services.

Le programme du FASSP qui s'en est suivi a procuré un financement total d'environ 735 millions de dollars à répartir entre les provinces, les territoires et les organisations. Ce financement a été utilisé pour lancer et accélérer la création d'un éventail d'activités en lien avec les soins de santé primaires, ce qui a entraîné la création de 68 initiatives importantes lancées dans le cadre de cinq sous-allocations principales, ou enveloppes (13 provinciales/territoriales, 5 intergouvernementales, 36 nationales, 10 autochtones et 4 pour les collectivités de langues officielles minoritaires). Ces initiatives ont, à leur tour, engendré un ensemble important de projets, de participants et d'activités mis en œuvre dans des diverses collectivités du Canada.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont mis d'accord sur cinq objectifs communs du FASSP. Chaque initiative devait aider à réaliser au moins un des objectifs suivants :

- augmenter la proportion de la population qui a accès à des organismes de soins de santé primaires responsables de la prestation planifiée des services complets pour une population définie;
- augmenter l'accent mis sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures ainsi que la gestion des maladies chroniques;
- accroître l'accès aux services essentiels 24 heures sur 24, 7 jours semaine;
- établir des équipes multidisciplinaires de fournisseurs de soins de santé primaires;
- faciliter la coordination et l'intégration avec les autres services de santé (p. ex. dans les établissements et les collectivités).

Les questions de l'évaluation sommative permettent d'examiner, outre les objectifs du FASSP, des éléments critiques importants sur le plan des transitions ou du *changement*, lesquels sont rassemblés autour des résultats, des répercussions durables et des leçons à retenir. Ces questions apportent un nouvel éclairage sur les suites du FASSP, en ce qui concerne la nature et l'ampleur du changement, les connaissances acquises et la durabilité des initiatives. Ces questions sont énumérées ci-dessous :

- Dans quelle mesure l'organisation, le financement et la prestation des soins de santé actuels reflètent-ils le renouvellement des soins de santé primaires?
- Quels changements ont été apportés depuis le début du FASSP en matière :
a) d'amélioration de l'infrastructure et des systèmes de prestation de soins de santé primaires, b) d'augmentation des connaissances et de la capacité de fournir des soins de santé primaires et c) d'approche plus intégrée pour la prestation de soins de santé primaires?
- Dans quelle mesure les initiatives du FASSP ont-elles contribué à la réalisation des objectifs du programme?
- Depuis que le FASSP est en place, dans quelle mesure les politiques et la législation ont-elles changé en vue de refléter le renouvellement des soins de santé primaires?
- Quelles ont été les répercussions des initiatives des fournisseurs de soins de santé primaires du FASSP?
- Les résultats des initiatives du FASSP sont-ils durables?
- Quels sont les facteurs et les conditions nécessaires pour que le renouvellement du FASSP soit accepté? Ces facteurs et ces conditions sont-ils présents et dans quelle mesure le FASSP contribue-t-il à leur présence?
- Quelles sont les leçons à retenir et les pratiques exemplaires qui ont découlé du FASSP?

- Quels sont les indicateurs de succès clé essentiels pouvant être appliqués à des programmes similaires dans l'avenir?

Les objectifs clé et les éléments sous-jacents des soins de santé primaires, tels que présentés dans les objectifs du programme du FASSP et les questions de l'évaluation sommative, reflètent les résultats potentiels comme prévu dans le modèle logique de programme. Ils sont à la base du cadre et de la méthodologie d'évaluation.

Méthodologie et restrictions

Afin d'évaluer les résultats du FASSP, des données brutes ont été colligées à l'aide d'une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives. Ces données proviennent de quatre sources principales qui ont été créées par l'Alder Group dans le but de procéder à l'évaluation sommative du FASSP : une étude de documents, un sondage en ligne, des entrevues avec les intervenants et une recension des écrits. Les données ont été analysées, fusionnées et présentées dans le *Rapport d'évaluation final de l'évaluation sommative du FASSP*. La majeure partie du travail a porté sur les résultats liés aux *initiatives*, puisque ces dernières sont les principaux extrants du programme, mais l'influence globale du programme a aussi été examinée.

Bien que des restrictions particulières liées à chaque champ d'enquête soient résumées à l'annexe B, l'équipe d'évaluation a été confrontée à de nombreuses difficultés générales très importantes, soit le retard dans le lancement du projet et la nécessité d'un grand nombre de consultations répétées du client tout au long de l'étape de la conception, ce qui a conduit au chevauchement de phases séquentielles. De plus, l'absence de mandat analytique clair et détaillé dès le début a compliqué le processus et a augmenté les temps requis dans tous les secteurs. De plus, le Québec a refusé toute participation au processus d'évaluation, restreignant ainsi l'accès des participants et la disponibilité de l'information sur les initiatives. Ce fait a réduit le nombre de données qui auraient pu être analysées, la comparaison globale ainsi que l'éventuelle richesse de précieux points de vue.

Conclusions et recommandations

En général, les données laissent à penser que le FASSP a permis la réalisation d'une grande partie de ce qui était planifié et qu'il a suscité un grand respect grâce aux résultats qu'il a produits. On a reconnu son influence considérable sur les soins de santé primaires dans divers milieux à travers le Canada. Ceux qui ont pris part à l'évaluation se sont dit reconnaissants d'avoir eu l'occasion de s'appuyer sur le *changement*. Le FASSP a mené à un éventail considérable d'activités qui étaient, de manière générale, en accord avec les objectifs du programme, conformes au renouvellement des soins de santé primaires et en harmonie avec les tendances et les pratiques internationales. Des progrès ont été réalisés et malgré les difficultés qui sont survenues lors de la mise en œuvre du Fonds, les résultats, les répercussions et les leçons à retenir ont donné lieu à une expérience riche qui permettra d'influencer la conception de programmes similaires dans l'avenir.

Les résultats du FASSP ont suscité un sentiment d'appréciation général quant à l'influence et à l'importance de la contribution de ce Fonds ainsi qu'à l'élan qu'il a créé. Ils ont également engendré par ricochet un besoin, un désir, de l'empressement, de l'espérance et de la frustration face à la certitude que *nous devons faire plus*. Les réponses aux objectifs et aux questions d'évaluation du FASSP indiquent de manière directe les mesures immédiates et éventuelles à prendre. Par exemple, certains signes indiquent que le public a besoin davantage d'attention afin que sa capacité d'accepter le changement soit renforcée. De façon similaire, il est possible que les fournisseurs de soins de santé primaires, à l'exception des médecins et des infirmières, ne se soient pas suffisamment investis dans les nouvelles approches quant aux soins interdisciplinaires, de manière à ce que toutes les compétences des fournisseurs puissent être maximisées. Et le peu d'ampleur avec laquelle les objectifs du FASSP ont été exprimés, sans autres critères directeurs, a donné lieu à un large éventail d'interprétations possibles et de réponses sélectives, de même qu'à un manque d'information produite pour assurer ou évaluer le progrès ou la réalisation complète du Fonds.

Dans l'ensemble du Canada, il y a un grand nombre d'excellents exemples de la présence d'organisations, d'équipes, de processus et de ressources qui n'existaient pas auparavant ou qui étaient moins présents. Les résultats d'un grand nombre des initiatives du FASSP restent, toutefois, de nature formative, et le changement doit en être *déduit* et, dans de nombreux cas, reporté dans un avenir qui n'a pas été déterminé dans la portée du FASSP. Pour un grand nombre d'intervenants, le temps a manqué pour accomplir entièrement les objectifs de soins de santé primaires visés. Dans l'ensemble, les résultats du FASSP sont très prometteurs pour le Canada et on le constatera *un jour* quand le plein potentiel de ce qui a été réalisé sera intégralement exploré, appliqué et transféré.

Les résultats des questions d'évaluation du FASSP spécifiques à certains domaines explorés ont pour thèmes les mêmes que ceux qui avaient été déterminés en lien avec les objectifs du FASSP. Les attentes, soit les objectifs du FASSP antérieurs à la mise en œuvre, ont permis l'obtention d'un éventail de résultats possibles, mais ont aussi entraîné certaines difficultés à l'étape de leur présentation et de leur évaluation. Des changements exemplaires ont été observés, des initiatives ont permis de lancer et d'accélérer des réformes et une quantité considérable d'activités qui ont été réalisées pendant le FASSP et qui se poursuivent encore aujourd'hui. La courte période pour explorer les implications connexes, et, dans bien des cas, la fragilité des gains, ont aussi été soulignées, même pour les initiatives couronnées de succès. Les *questions* de durabilité ont constitué une constatation importante de l'évaluation sommative, comme l'a été la détermination des obstacles importants. Le fait que des ressources aient été créées sans l'occasion appropriée d'appliquer ou de maximiser leur potentiel a aussi été souligné. L'absence de suivi et de soutien au moment où les projets prenaient fin ont également suscité une grande insatisfaction.

Six recommandations essentielles ont découlé de l'intégration et de l'analyse des quatre sources de données sous-jacentes. La première recommandation souligne les mesures qui pourraient être prises *dès maintenant* pour tirer avantage de l'élan et des ressources générées par le FASSP. Les autres recommandations traitent des éléments dont il faudra tenir compte dans l'élaboration future de programmes ayant des particularités similaires au FASSP. Les recommandations sont les suivantes :

- 1 : Continuer sur la lancée et mettre à profit les éléments de continuité du programme dès maintenant
- 2 : Reproduire et mettre à profit les points forts du programme
- 3 : Renforcer les secteurs du programme qui ont soulevé des difficultés
- 4 : Améliorer et préciser les objectifs du programme et la cohérence des résultats
- 5 : Mettre plus d'emphase sur l'attention au public
- 6 : Continuer de mettre l'accent sur l'appui à un plus grand éventail de professionnels des soins de santé primaires.

Le message à retenir est peut-être que le FASSP a été, d'une myriade de façons, un catalyseur de changement doté d'une souplesse et d'une capacité d'adaptation relativement aux besoins et à la dynamique des populations et des décideurs de tous les échelons à travers le pays. Toutefois, sa force est aussi une faiblesse, puisque des attentes explicites n'ont pas été fournies au sujet de la manière dont les différents projets s'inscrivent dans une plus grande approche à long terme pour réellement transformer de manière radicale les soins de santé au Canada.

INTRODUCTION

Le Groupe Alder est heureux de présenter à la Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère (DMERM) de Santé Canada le rapport final de l'évaluation sommative du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP). Ce rapport final vise de manière générale à présenter une analyse des données ainsi qu'un résumé des conclusions émanant de quatre sources de données établies par le Groupe Alder et regroupées dans le cadre de l'évaluation sommative du FASSP : une étude de documents, un sondage en ligne, des entrevues avec les intervenants et une recension des écrits.

Cette évaluation a été conçue autour du modèle logique de programme du FASSP (annexe A), qui a servi, au départ, à formuler les objectifs de programme, les activités, les résultats et les conclusions anticipés. Le personnel et les décideurs du secteur de programme en question de Santé Canada et du Conseil du Trésor constituent le principal public cible de ce rapport qui, par la suite sera mis à la disposition du public. L'évaluation sommative constitue la suite des travaux effectués lors de l'évaluation précédente du FASSP et vise, de manière générale, à évaluer de quelle manière et dans quelle mesure le FASSP a été un instrument important ou un catalyseur pour les soins de santé primaire et la réforme du système.

MÉTHODOLOGIE

Afin d'évaluer les résultats du FASSP, on a recueilli des données primaires au moyen d'un amalgame de méthodologies qualitatives et quantitatives englobant les quatre principales sources de données. Veuillez vous reporter à l'annexe B pour un examen plus détaillé de la méthodologie et des difficultés soulevées. Les données ont été analysées et résumées aux fins de présentation dans le cadre de ce rapport d'évaluation final. Bien qu'une attention accrue ait été prêtée aux résultats liés aux *initiatives*, lesquels représentent les principaux extraits du programme, l'influence globale du programme a également fait l'objet d'un examen.

L'étude des documents comprenait l'examen de près de cent rapports d'initiatives et documents d'information sur le FASSP. Cet exercice visait à recenser les données pertinentes liées aux objectifs de programme et aux questions d'évaluation. Le sondage en ligne a permis de recueillir suffisamment de données pour approfondir les connaissances liées aux objectifs et aux questions d'évaluation du FASSP, en plus de traiter de manière plus spécifique de la durabilité et des effets durables. Au total, cinquante répondants ont répondu à l'ensemble des questions du sondage et vingt-deux répondants supplémentaires n'ont rempli que diverses sections. Des entrevues téléphoniques confidentielles ont été menées auprès de soixante-quinze intervenants principalement de niveau supérieur. Fondamentalement, les entrevues avec les intervenants avaient pour but d'améliorer la compréhension du FASSP de même que des divers contextes au sein desquels il avait évolué et de fournir un volume suffisant de données pour éclairer les questions d'évaluation, surtout en ce qui a trait aux résultats de programme. La recension des écrits avait pour but d'aborder des questions plus vastes en lien avec le Fonds, de mettre en lumière des initiatives de réforme comparables (autant au Canada qu'à l'étranger) avec lesquelles on pourrait comparer les progrès et les réalisations du FASSP et de déterminer les conditions et les facteurs nécessaires au renouvellement fructueux des soins de santé primaires.

Bien que des restrictions particulières liées à chaque champ d'enquête soient résumées à l'annexe B, l'équipe d'évaluation a été confrontée à de nombreuses difficultés générales très importantes, soit le retard dans le lancement du projet et la nécessité d'un grand nombre de consultations répétées du client tout au long de l'étape de la conception, ce qui a conduit au chevauchement de phases séquentielles. De plus, l'absence de mandat analytique clair et détaillé dès le début a compliqué le processus et a augmenté les délais requis dans tous les secteurs. De plus, le Québec a refusé toute participation au processus d'évaluation, restreignant ainsi l'accès des participants et la disponibilité de l'information sur les initiatives. Ce fait a réduit le nombre de données qui auraient pu être analysées, la comparaison globale ainsi que l'éventuelle richesse de précieux points de vue.

Voici de quelle façon sont structurées les prochaines sections du Rapport :

- *Le sujet* : Le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires fournit de l'information pertinente sur le FASSP, sur ses objectifs et sur les questions d'évaluation;
- *Les principales conclusions* permettent un examen des principales conclusions en lien avec les objectifs du FASSP, les questions d'évaluation et l'exécution du programme; et
- *Les conclusions et recommandations* offrent des recommandations et des conclusions qui émanent de l'évaluation.

LE SUJET : LE FONDS POUR L'ADAPTATION DES SOINS PRIMAIRES

Le FASSP est le fruit d'une entraide et d'un engagement pancanadien de haut niveau. Le 11 septembre 2000, les premiers ministres de la Santé se sont mis d'accord sur une vision, un ensemble de principes et un plan d'action pour le renouvellement du système de santé. Ils ont souligné la nécessité d'adopter une approche collective afin d'assurer la prestation de programmes et de services de soins de santé de qualité et accessibles aux Canadiens. Tel que spécifié dans un plan d'action sur le renouvellement du système de santé, les premiers ministres se sont mis d'accord pour mettre la réforme des soins de santé primaires au premier plan. Ils ont indiqué que des améliorations aux soins de santé primaires étaient cruciales pour le renouvellement des services de santé.

En réponse à l'entente conclue par les premiers ministres, le gouvernement du Canada a créé le FASSP de 800 millions de dollars. Sur une période de six ans (2000–2006), le FASSP a aidé les provinces et les territoires à prendre en charge la réforme des soins de santé. Bien que le programme ait été d'une durée limitée, l'objectif premier du FASSP consistait à apporter des changements permanents et durables au sein des systèmes de santé provinciaux et territoriaux au chapitre de l'organisation, du financement et de la prestation des soins de santé primaires. Plus particulièrement, ce Fonds visait à assumer les coûts de transition associés à la mise en œuvre d'initiatives de soins de santé primaires à grande échelle d'un océan à l'autre, à améliorer l'accès, la qualité des soins, l'imputabilité et l'intégration des services⁴. Le programme qui en a

⁴ Il est possible de trouver davantage de détails sur le FASSP sur le site Internet de Santé Canada à : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/index_f.html.

découlé a donné lieu à soixante-huit initiatives importantes (treize à l'échelle provinciale-territoriale, cinq à l'échelle multigouvernementale, trente-six à l'échelle nationale, dix au sein de communautés autochtones et quatre au sein de communautés de langue en situation minoritaire). Celles-ci, à leur tour, ont fait naître un large éventail de projets individuels, de participants et d'activités dans des collectivités à travers le Canada⁵.

Objectifs du FASSP

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont entendus sur cinq objectifs communs devant être réalisés par le FASSP. Chacune des initiatives devait avoir dans sa mire au moins l'un de ces objectifs. Ces objectifs consistaient à :

- augmenter la proportion de la population qui a accès à des organismes de soins de santé primaires responsables de la prestation planifiée des services complets pour une population définie;
- augmenter l'accent mis sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures ainsi que la gestion des maladies chroniques;
- accroître l'accès aux services essentiels 24 heures sur 24, 7 jours semaine;
- établir des équipes multidisciplinaires de fournisseurs de soins de santé primaires;
- faciliter la coordination et l'intégration avec les autres services de santé (p. ex. dans les établissements et les collectivités).

Afin de réaliser ces objectifs, le Fonds était divisé en cinq enveloppes. Chacune des enveloppes donnait corps à cinq buts très importants :

- **Provincial/Territorial** : appuyer les provinces et les territoires à accélérer le renouvellement en assumant les coûts associés à l'avènement du renouvellement systématique des soins primaires;
- **Multigouvernementale** : appuyer les initiatives collectives entreprises par au moins deux provinces ou territoires;
- **Nationale** : appuyer des initiatives d'importance et de pertinence pancanadienne;
- **Autochtone** : appuyer des initiatives propres au renouvellement des services de soins de santé primaires pour les peuples autochtones et répondre aux besoins uniques des communautés autochtones de façon plus globale;
- **Communautés minoritaires de langue officielle** : appuyer les initiatives de renouvellement des soins de santé primaires qui profiteront aux communautés anglophones du Québec et aux communautés francophones hors Québec.

⁵ Il est possible de trouver de plus amples renseignements sur les initiatives du PASSF dans des documents tels que le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires : Résumé des initiatives, *Dernière édition, Mars 2007*, à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/prim/2007-initiatives/index_f.html.

Conçus à partir du modèle logique de programme du FASSP (annexe A), les principaux extrants consistaient en des initiatives de renouvellements financées par l'entremise de ces cinq enveloppes. On avait prévu que celles-ci donneraient lieu à des « résultats immédiats » se traduisant par une emphase accrue sur les soins de santé primaires (c'est-à-dire, priorités, ressources) et une accélération du renouvellement des soins de santé primaires. Le FASSP a attribué, au total, près de 735 millions de dollars, tel que le résume le tableau ci-dessous.

Enveloppes de financement du FASSP	Initiatives financées		Attribution	
	%	No	%	\$M
Provinciales/Territoriales	20 %	13	78 %	576 \$
Multigouvernementales	7 %	5	4 %	30,2 \$
Nationales : 3 sous-enveloppes			9 %	64 \$
• Stratégies nationales	13 %	9		
• Stratégie de soins collectifs				
• Stratégie de sensibilisation aux SSP				
• Stratégie d'évaluation				
• Initiatives nationales	12 %	8		
• Outils de transition (T4T)	28 %	19		
• Adaptée				
• Dirigée				
Autochtone : 2 sous-enveloppes			5 %	34,7 \$
• Renouvellement du système de santé	9 %	6		
• Amélioration du système de santé	6 %	4		
Communautés minoritaires de langue officielle : Deux sous-enveloppes			4 %	30 \$
• Francophone	4 %	3		
• Anglophone	1 %	1		
Total	100 %	68	100 %	734,9 \$

Le second extrant principal du Fonds comprenait l'appui et la coordination de l'analyse et du partage de l'information en ce qui a trait au renouvellement des soins de santé primaires. Tel qu'énoncé dans le cadre d'évaluation du FASSP, cet extrant est considéré comme essentiel au succès du Fonds dans la mesure où il faut veiller à ce que l'apprentissage et les résultats soient partagés dans l'ensemble du pays et où il faut s'assurer de tirer profit au maximum de toute réussite.

Le FASSP a généré de la documentation sur les extraits de programmes de trois façons importantes : établissement de rapports sur des activités liées aux initiatives de renouvellement ainsi qu'à leur analyse et leur diffusion, rapports de synthèse élaborés selon des thèmes clés d'intérêt et enfin, la conférence nationale sur le FASSP tenue en mars 2007. C'est donc sur cette documentation qu'était fondée l'information générale sous-jacente à l'évaluation sommative.

Les extraits de programme s'articulent également autour du degré de coordination de l'élaboration des politiques et de la gestion du Fonds assurés par Santé Canada, ainsi appuyées par les activités du Groupe consultatif fédéral/provincial/territorial. Dans le modèle logique du programme, on avait prévu que cette activité serait un possible résultat immédiat lié à une collaboration accrue dans le renouvellement des soins de santé.

Questions de l'évaluation sommative du FASSP

En plus des objectifs du FASSP, les questions de l'évaluation sommative permettent d'examiner les éléments critiques importants sur le plan des transitions ou du *changement*, lesquels sont rassemblés autour des résultats, des répercussions durables et des leçons à retenir. Ces questions apportent un nouvel éclairage sur les suites du FASSP, en ce qui concerne la nature et l'ampleur du changement, les connaissances acquises et la durabilité des initiatives. Ces questions sont énumérées ci-dessous :

1. Dans quelle mesure l'organisation, le financement et la prestation des soins de santé actuels reflètent-ils le renouvellement des soins de santé primaires?
2. Quels changements ont été apportés depuis le début du FASSP en matière : (a) d'amélioration de l'infrastructure et des systèmes de prestation de soins de santé primaires, (b) d'augmentation des connaissances et de la capacité à fournir des soins de santé primaires et (c) d'approche plus intégrée pour la prestation de soins de santé primaires?
3. Dans quelle mesure les initiatives du FASSP ont-elles contribué à la réalisation des objectifs du programme?
4. Depuis que le FASSP est en place, dans quelle mesure les politiques et la législation ont-elles changé en vue de refléter le renouvellement des soins de santé primaires?
5. Quelles ont été les répercussions des initiatives des fournisseurs de soins de santé primaires du FASSP?
6. Les résultats des initiatives du FASSP sont-ils durables?
7. Quels sont les facteurs et les conditions nécessaires pour que le renouvellement du FASSP soit accepté? Ces facteurs et ces conditions sont-ils présents et dans quelle mesure le FASSP contribue-t-il à leur présence?
8. Quelles sont les leçons à retenir et les pratiques exemplaires qui ont découlé du FASSP?
9. Quels sont les indicateurs de succès clé essentiels pouvant être appliqués à des programmes similaires dans l'avenir?

Les objectifs clé et les éléments sous-jacents des soins de santé primaires, tels que présentés dans les objectifs du programme du FASSP et les questions de l'évaluation sommative, reflètent les résultats potentiels comme prévu dans le modèle logique de programme. Ils sont à la base de la cadre et de la méthodologie d'évaluation

CONSTATATIONS CLÉS

Les constatations s'articulent autour de trois principaux domaines d'intérêt particulier qui sous-tendent l'évaluation sommative :

1. Les objectifs du FASSP;
2. Les questions d'évaluation du FASSP : les résultats, les répercussions durables, les leçons à retenir;
3. L'influence générale du programme : Le FASSP a-t-il fait une différence?

L'information recueillie met en relief les grandes réalisations et les obstacles majeurs dans chacun des domaines d'intérêt, suivis des observations qui constituent les conclusions sommaires liées à chaque domaine d'intérêt.

Objectifs du FASSP

La présente section met en relief l'information liée aux objectifs du FASSP (énoncés dans la section 2.1), lesquels ciblaient des priorités importantes stimulant autant la réforme de l'intégration du système de santé que des soins de santé primaires.

Accès accru aux soins de santé primaires

Les sources de données ont présenté une gamme de réponses liées à l'accès ainsi que les résultats qui doivent être sous-entendus. Pour toutes les initiatives provinciales/territoriales (représentant près de 80 % de la répartition du Fonds) on a fait état d'une certaine forme d'approche visant à améliorer l'accès aux services de soins de santé primaires.¹ Parallèlement, environ 80 % (n = 62) des répondants au sondage ont indiqué qu'ils avaient abordé la question de l'accès. Les résultats liés à l'accès ont été qualifiés de différentes façons, comme le résumait l'un des répondants : « dépendamment de la façon dont on le définit »². La documentation reflétait autant les points de vue directs qu'indirects sur l'accès.³ À titre d'exemple, certaines réponses dans ce domaine d'intérêt évoquaient des *heures de bureau* plus longues, tandis que d'autres étaient axées sur la capacité élargie des fournisseurs à desservir la population. La moitié des répondants au sondage en ligne (n = 34) estimaient que leur projet avait permis aux patients et aux clients de *jouir de plus de temps* avec les fournisseurs de soins de santé primaires.⁴

Dans l'ensemble, les réponses liées à l'accès tendaient davantage vers les changements dans les services ou les capacités des fournisseurs rendues accessibles aux citoyens (par opposition aux changements dans les habitudes de la population à l'égard de la gamme des services de soins de santé). Ces réponses touchaient à différents thèmes, tels que les *organisations* de soins de santé primaires, les *fournisseurs* et les *services* ou les *autres ressources*, ou la capacité du fournisseur ayant été créée et améliorée dans le cadre du FASSP. Il se peut que les différents types de

réponses aient découlé de la nature multidimensionnelle de l'objectif lié à l'accès au FASSP, tel qu'énoncé. Le Modèle logique de programme du FASSP (qui sous-tendait l'approche du FASSP) a également semblé anticiper la multiplicité des réponses possibles, ayant fait référence à « l'utilisation optimale et maximale de la technologie et des outils pour améliorer l'accès aux soins de santé primaires ». ⁵ Par conséquent, les initiatives du FASSP étaient sélectives vis-à-vis de *quels* aspects de l'accès elles allaient traiter et n'ont pas, de manière générale, répondu de façon précise à ce qui avait été énoncé dans l'objectif lié à l'accès, tel qu'énoncé.

Les différents types de réponses n'ont pas réussi à fournir suffisamment de données pour être en mesure d'évaluer s'il y a eu une augmentation dans la *proportion de la population* accédant aux organisations de soins de santé primaires et le cas échéant, si celle-ci était le résultat du FASSP. Parfois, les résultats véhiculent l'impression d'une augmentation, mais dans les faits, la proportion n'a pas changé. Par exemple, l'Ontario a signalé qu'elle avait maintenant 580 organisations assurant la prestation de services essentiels et que près de sept millions de sa population œuvrait au sein d'une organisation de soins de santé primaires ⁶. Voilà un résultat impressionnant, mais bon nombre des nouvelles organisations ont été formées à partir de pratiques de soins de santé primaires préexistantes ayant déjà une clientèle (bien qu'il n'y ait aucune augmentation générale de la population ayant accès à celles-ci). Cette situation s'apparente à la création ou à l'expansion d'organisations de soins de santé primaires dans d'autres milieux.

Les changements relatifs à l'accès étaient également exprimés du point de vue de ceux qui jouissent dorénavant de services grâce aux nouvelles organisations de soins de santé primaires. Un nombre important de répondants au sondage a souligné la présence de nouveaux fournisseurs et services qui découlent des initiatives du FASSP ainsi que l'amélioration que cela représente pour *les citoyens* ⁷. Bon nombre des réponses favorables révélaient que l'accès était essentiellement amélioré pour les groupes de population ciblés par des initiatives bien précises, comme celle visant l'amélioration de la gestion des maladies chroniques ⁸. Cinquante-cinq pour cent (n=39/69) des répondants au sondage en ligne ont affirmé que leur projet avait favorisé l'utilisation de la technologie de l'information visant à *améliorer l'accès* aux soins de santé primaires. De ces 39 personnes, 89 % ont affirmé que cela était toujours vrai au moment de répondre au sondage en ligne (après le projet du FASSP), tandis que 84 % de ces 39 répondants estimaient que cela serait toujours vrai dans deux ans ⁹.

Parallèlement, les répondants ont associé l'accès accru à la disponibilité ou l'utilisation de ressources nouvelles ou améliorées. Cinquante-sept pour cent (n=39/68) des participants à l'entrevue ont révélé que leur projet avait contribué à accroître l'utilisation des outils (p. ex. lignes directrices, modèles, manuels d'instructions) visant à *améliorer l'accès* aux soins de santé primaires. Des 39 personnes ayant répondu que les résultats avaient été atteints, 73 % ont affirmé que cela était toujours vrai au moment de répondre au sondage et 65 % estimaient que ce type d'accès amélioré se poursuivrait encore dans deux ans d'ici ¹⁰. Les outils de navigation destinés à la population ainsi que les autres initiatives visant à parfaire les processus ont contribué à augmenter le flux d'utilisateurs dans les différents réseaux. De plus, plusieurs répondants ont mis en relief *l'intégration de la population* comme l'une des façons d'améliorer l'accès du public, d'aider à définir les besoins en matière de soins de santé primaires par

l'entremise de leur participation ou de leur engagement, comme au sein des comités consultatifs communautaires, par exemple¹¹.

En plus de relater les expériences directes avec les nouvelles ressources, les données ont également associé le thème de l'accès aux diverses ressources *qui ont été créées sans toutefois être pleinement testées ou mises en pratiques dans le cadre du FASSP*. On a recensé des exemples flagrants de celles-ci dans le cadre des initiatives nationales et multigouvernementales, lesquelles étaient de nature très formative (afin de créer une sensibilisation, des outils, de la formation ou la capacité de fournir des services et de faire la promotion du partage des connaissances) et lesquelles, *lorsque mises à contribution*, contribuent à assurer du soutien aux milieux de soins de santé primaires. De plus, on a insisté sur le fait que la mise sur pied de lignes d'aide téléphonique avait contribué à *accroître l'accès* à l'information (un autre service) et comprenait, dans certaines provinces et certains territoires, de l'aide pour localiser un fournisseur de soins de santé primaires¹². Il est toutefois possible d'alléguer que la présence de nouvelles ressources ou d'un accès accru à de l'information ne remplace pas un accès direct à une organisation, un fournisseur ou un service de soins de santé primaires.

Comme le confirme la recension des écrits, les expériences des autres pays pour améliorer l'accès sont conformes aux approches adoptées par le FASSP, notamment le service fourni le même jour, l'aide au transport, le service de traduction ainsi qu'une « voix » améliorée pour les patients et un accès accru à l'information, autant « en personne » que par l'entremise des lignes d'aide téléphoniques (comme le démontre la pratique au Royaume-Uni). D'autres provinces et territoires misent sur la prestation de services aux aînés, aux patients à domicile et à ceux atteints d'une maladie mentale. La co-occupation de personnel et de services, comme le préconisent bon nombre d'initiatives du FASSP, est également reconnue ailleurs comme contribuant à améliorer l'accès¹³.

Conclusions sommaires

L'étendue des réponses en lien avec « l'objectif lié à l'accès » ainsi que la nature de l'information fournie ne permettent pas directement de formuler une conclusion définitive. Les gains en matière d'accès attribuables au FASSP ou en matière de changements proportionnels pour la population ne sont pas connus de manière explicite. Il semble y avoir des améliorations relativement à l'accès pour les patients liés aux nouvelles organisations de soins de santé primaires et ce, en raison de l'amélioration de la technologie et de la capacité à offrir des services mieux adaptés pour répondre aux besoins et aussi en raison de l'accessibilité à plus de fournisseurs ou à des fournisseurs différents.

Les autres améliorations liées à l'accès *doivent être sous-entendues* dans les changements à *ce qui a été rendu accessible* à ceux touchés par les nouvelles initiatives, comme l'admissibilité aux services ciblés, les nouveaux liens ou la disponibilité (notamment de la technologie ou des services après les heures de bureau) ou les changements au chapitre de l'efficience des processus, entre autres. Les changements apportés sont conformes aux étapes synonymes d'améliorations dans d'autres pays. Ainsi, d'un point de vue plus large, on peut sous-entendre que le FASSP a contribué à améliorer l'accès en ce qui a trait aux moyens et aux ressources dans les points de services. On peut également conclure qu'il y aura encore énormément de place à

l'amélioration à l'avenir au regard de l'accès grâce à l'optimisation des ressources et à l'évolution des modèles de prestation de services de soins de santé primaires.

Promotion de la santé, prévention des blessures et des maladies, gestion des maladies chroniques

De manière générale, l'importance des thèmes couverts par cet objectif du FASSP en trois parties (promotion, prévention, gestion des maladies chroniques) a été fortement mise en valeur par les initiatives, comme le reflètent les données recueillies dans les entrevues et l'étude de la documentation¹⁴. Les propositions soumises dans le cadre du FASSP devaient s'inscrire dans une volonté de travailler dans le domaine de la promotion de la santé. Pour les initiatives de tous les groupes d'enveloppes, on a démontré un engagement, un renforcement ainsi que l'adoption de mesures en lien avec ce domaine¹⁵. Le thème a été exploré au regard des changements dans la présence, le profil ou l'essence de l'activité connexe.

Pour toutes les initiatives provinciales et territoriales, on a fait état d'un *engagement* solide envers la promotion de la santé et au moins deux provinces et territoires ont affirmé que la promotion de la santé et la prévention des maladies étaient des services essentiels nécessaires dans les organisations de soins de santé primaires. Dans le même ordre d'idée, pour bon nombre d'initiatives, on a fait état de l'intégration des infirmiers et infirmières, des diététistes et des conseillers en santé mentale au sein de certaines équipes de soins de santé primaires comme ressources supplémentaires pour inciter les patients à l'éducation et à l'auto-gestion.¹⁶

Bien que l'on reconnaisse l'importance et l'attachement accordés à ce domaine d'intérêt, la plupart des témoignages liés à cet objectif du FASSP traduisent une prépondérance de l'activité liée à la gestion des maladies chroniques, par comparaison aux initiatives liées à la promotion et à la prévention¹⁷. L'amélioration de la capacité de gestion des maladies chroniques se situait au premier rang des priorités dans les organisations de soins de santé¹⁸. Le rapport de synthèse du FASSP, Poser les fondements d'un changement culturel indiquait que toutes les initiatives ont contribué d'une certaine façon à faire progresser la PGM; elles ont toutes prouvé qu'il fallait travailler davantage¹⁹. Pour la grande majorité de répondants aux entrevues (85 %), la plupart des changements signalés dans ce domaine étaient liés à l'amélioration de la gestion des maladies chroniques. À titre de comparaison, on a signalé moins d'activité liée à la promotion ou la prévention (une faible proportion des répondants a indiqué que la prévention des blessures avait reçu une moins grande part d'attention)²⁰.

Des changements ont été signalés par les répondants au chapitre de la création de mécanismes ou d'activités axés sur la gestion des maladies chroniques, y compris : des changements dans les modèles de pratique, de nouveaux et différents types de programmes, de nouveaux outils, de nouvelles possibilités d'habilitation des employés, le développement de ressources, (de nouveaux programmes de formation et d'enseignement, une nouvelle sensibilisation, de nouvelles façons d'aborder les communautés, les fournisseurs, les problématiques). De nouveaux outils et programmes de dépistage ont été créés et partagés et des facilitateurs, coordonnateurs ainsi qu'une nouvelle infrastructure ont émergé et ont appuyé ces efforts²¹. La grande partie de la documentation relative aux initiatives nationales et multigouvernementales était axée sur l'élaboration de modules de formation, les ressources de gestion des maladies chroniques destinées aux fournisseurs de même que les autosoins-télésoins pour les consommateurs.

L'ensemble de la documentation portait sur le besoin de mettre davantage l'accent sur les connaissances et l'information en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures, ainsi que de sensibiliser les gens à ces questions²².

Les entrevues avec les intervenants ont permis de confirmer la présence d'éléments semblables, en soulignant les diverses approches adoptées à l'égard du renforcement de la capacité de la population, des collectivités et des fournisseurs de même que la mise en place importante de diverses ressources documentaires éducationnelles pour le diagnostic précoce, l'intervention et les programmes d'auto-gestion. Une attention particulière a été prêtée aux *fournisseurs* appelés à offrir ce type de soins — en les intégrant au sein d'équipes, en leur donnant des incitatifs ou de la formation spécifique ou en leur fournissant des outils (lignes directrices, protocoles, etc.) — pour améliorer leur capacité à fournir certains services ou à parvenir à certains résultats.

De manière générale, ces thèmes vont de pair avec ceux abordés dans les autres pays, où les fournisseurs de soins de santé primaires prodiguent également davantage de services de dépistage et de prévention. La gestion des maladies chroniques mérite également une attention particulière et propose des approches semblables à celles des initiatives du FASSP, y compris l'élaboration de modèles de gestion des maladies chroniques, de cadres de travail et de lignes directrices. Les organisations de soins de santé primaires prodiguent du soutien aux personnes souffrant de maladies chroniques telles que l'angine, le diabète et les rhumatismes, ce qui comprend un dépistage systématique, un suivi, le recours à des soins infirmiers ainsi qu'à des cliniques de même que le recours à des ressources éducationnelles et autres formes de soutien à la gestion et à l'auto-gestion des patients²³. Bien que l'on ne puisse faire rapport de façon précise sur le degré d'adoption ou d'utilisation des méthodes proposées par le FASSP au Canada, les répercussions possibles à l'échelle nationale pourraient être substantielles si de telles ressources de renforcement des capacités étaient pleinement utilisées au chapitre de la prestation des services.²⁴

Conclusions sommaires

Malgré le caractère prioritaire reconnu de l'objectif et l'*engagement* notable démontré envers la prévention et la promotion, les réponses en lien avec cet objectif du FASSP mettent davantage l'accent sur la gestion des maladies chroniques, tout en faisant le lien vers les deux autres secteurs. On a reconnu des changements au chapitre de l'élaboration ou de l'application d'approches de gestion des maladies chroniques. Un effort colossal de nature formative a été accompli, se traduisant par l'élaboration d'outils, l'acquisition de connaissances et de technologies de même que la tenue d'activités de renforcement des ressources (priorité donnée aux fournisseurs plutôt qu'à la population). Il y a encore beaucoup à apprendre de l'*utilisation* des ressources et de la capacité développée dans le cadre du FASSP. D'ailleurs, les résultats liés à la gestion des maladies chroniques sont tout autant prometteurs en ce qui concerne le renforcement des futurs soins de santé primaires.

Dans l'ensemble, bien que l'on ait moins insisté sur les soins directs ou l'auto-gestion axée sur le public dans les initiatives multigouvernementales ou nationales, on a misé énormément sur l'application, particulièrement de la gestion des maladies chroniques, dans le cadre des initiatives provinciales et territoriales. Dans bon nombre de cas, le recours à des infirmiers praticiens et infirmières praticiennes et à d'autres fournisseurs afin de solliciter l'apport de la population a

fourni un appui de taille dans ce domaine et ce, malgré que les résultats soient relativement moins perceptibles. Les activités mises en branle dans le cadre du FASSP étaient conformes aux pratiques et priorités des autres provinces et territoires. Dans l'ensemble, toutefois, il se peut que toute cette activité n'ait pas encore produit tous les *résultats* possibles. En plus des gains réalisés au chapitre de la gestion des maladies chroniques, on constate un grand potentiel non réalisé ainsi qu'un monde de promesses à combler, et il reste beaucoup de travail à faire en matière de prévention et de promotion en général.

Couverture 24 heures sur 24 et sept jours semaine

Le degré de spécificité de « l'expansion » dans ce domaine est difficile à évaluer pour plusieurs raisons. Une certaine forme d'accès « 24 heures sur 24 sept jours sur sept » existait déjà dans certaines provinces et certains territoires avant la création du FASSP, laquelle n'était pas toujours mise en évidence dans la documentation de projet. Il n'y avait pas suffisamment de données de base pour pouvoir déterminer l'état de la couverture qui existait précédemment ainsi que les changements cumulatifs réalisés dans ce secteur. De plus, comme le décrivait l'un des intervenants dans une entrevue, « l'accès 24 heures sur 24 sept jours sur sept signifie encore un accès de 9 heures à 17 heures suivi de services d'urgence » dans bien des milieux au Canada²⁵. L'un des répondants a résumé une opinion largement répandue en disant ceci : « D'une certaine façon, il était difficile d'évaluer cette question et d'y répondre; aucune évaluation solide n'existe sur ce sujet ». Ces facteurs viennent obscurcir une vision claire des résultats ou des répercussions liés au FASSP.

À l'instar des autres objectifs du FASSP, le concept de la « couverture » 24 heures sur 24 sept jours sur sept tend à être interprété de nombreuses façons, comme le reflétait la documentation. Bien que l'idée générale soit de garantir des soins à la population lorsqu'elle en a besoin, à toute heure du jour ou de la nuit (p. ex. « La porte demeure ouverte »), pour la plupart des initiatives, on a choisi d'aborder cette question autrement. Dans certains cas, les établissements de soins de santé primaires offraient des heures d'ouverture prolongées pour permettre à la population d'obtenir des soins de santé directs (la notion s'harmonisait davantage avec cet objectif sur le plan pratique).

Selon l'étude de la documentation, huit des initiatives de l'enveloppe provinciale/territoriale permettaient d'affirmer que les organisations de soins de santé primaires offraient une *couverture 24 heures sur 24 sept jours sur sept*²⁶. D'autres provinces et territoires n'offrant pas de couverture 24 heures sur 24 et sept jours semaine faisaient état d'heures prolongées au sein de leurs établissements de soins de santé primaires. L'initiative Tui'kn, faisant partie de l'enveloppe autochtone, travaille actuellement à prolonger les heures de service chez bon nombre de fournisseurs et également à intégrer un système de service d'attente téléphonique à mesure que s'ajoutent de nouveaux médecins. D'autres types de changements ont été décrits comme faisant la promotion de la couverture 24 heures sur 24 sept jours sur sept, notamment : des paramètres de financement provinciaux qui incorporent une obligation de rendre compte explicite pour des services rendus en dehors des heures de bureau, du financement par capitation dans une région liée à une exigence de fournir un accès 24 heures sur 24 sept jours sur sept à des médecins de même que des ententes conclues entre des médecins et des fournisseurs incorporant une clause de couverture 24 heures sur 24, sept jours sur sept ainsi que d'autres conditions relatives à la rémunération.

Selon les entrevues avec les intervenants, de nouveaux fournisseurs ont été intégrés afin d'élargir la gamme de services qui seraient accessibles au besoin. Dans certaines provinces et certains territoires, des équipes étaient formées dans le but de partager une couverture 24 heures sur 24 sept jours sur sept, afin d'aller « au delà de l'approche individuelle » pour intégrer des infirmiers praticiens et infirmières praticiennes ou des sages-femmes, entre autres²⁷. La recension des écrits a confirmé la validité de certaines pratiques telles que reflétées dans d'autres pays, notamment aux Pays-Bas, où des approches ont été élaborées pour offrir des services après les heures normales de bureau²⁸, comme le recours à des infirmiers et infirmières, des pharmaciens et pharmaciennes et des médecins généralistes, pour offrir un accès en dehors des heures de bureau à des établissements de soins de santé primaires et dans certains cas, à des établissements de soins d'urgence²⁹.

En ce qui a trait aux enveloppes multigouvernementales, nationales, certaines enveloppes autochtones et autres enveloppes des communautés minoritaires de langue officielle, la réponse prédominante à cette question était de nature formative — elle traduisait une volonté de rendre la technologie accessible à la population ou de faire en sorte que celle-ci puisse y avoir recours pour accéder à de l'information et obtenir des services (comme en témoigne l'étude de la documentation). Les mécanismes d'approche envers ces services ou l'information relative à ceux-ci ont semblé recevoir une attention accrue et étaient reflétés par l'auto-assistance, la télésanté ou la technologie de la ligne d'Info-santé dans l'accès téléphonique 24 heures sur 24 et sept jours semaine du public à un infirmier ou une infirmière pour obtenir de l'information en matière de santé, des liens à des ressources ou du soutien en matière de triage ou de dépistage. L'un des répondants des instances supérieures gouvernementales a décrit les lignes de conseils téléphoniques comme étant probablement la « plus grande contribution » du FASSP30. Parmi les autres initiatives de recours à la technologie afin d'améliorer les services, le projet de mise en œuvre de téléradiologie au Nunavik a permis d'offrir des services de radiologie aux résidents 24 heures sur 2431,32.

D'autres types de liaisons technologiques de nature formative ont été mis sur pied. Par exemple, des ensembles de données centrales sur la gestion des maladies chroniques et de renseignements connexes ont été mis sur pied dans l'Ouest du Canada. L'Infostructure de gestion des maladies chroniques pour l'Ouest du Canada a été harmonisée aux lignes d'aide et d'accès téléphonique 24 heures sur 24 des fournisseurs. De même, l'accès 24 heures sur 24 et sept jours semaine était souvent décrit comme un accès destiné aux fournisseurs à de l'information sur la gestion des maladies chroniques pour améliorer leur capacité ou fournir des liens vers d'autres ressources de données. Un accès en ligne 24 heures sur 24 et sept jours semaine à de l'information clé a également été mis en valeur. De plus, les Indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires ont donné lieu à des indicateurs permettant d'assurer le suivi des changements aux soins de santé primaires (comme l'accès aux soins de santé primaires en soirée et durant la nuit ainsi que la fin de semaine), mais peu a été réalisé au regard de la couverture 24 heures sur 24 et sept jours semaine des soins de santé primaires33 (La couverture faisant référence aux changements réels dans la réponse aux besoins des citoyens).

Les changements liés à la couverture 24 heures sur 24 et sept jours semaine se sont traduits par la *présence* de nouvelle technologie (et des bienfaits émanant de sa création). Ces changements se sont illustrés par une utilisation importante des sites Internet et du recours à la télésanté, de même que par les niveaux accrus de collaboration de la part des intervenants réalisés grâce aux processus de développement technologique mis en place dans les provinces. Bien que l'on ait eu peu d'information évaluative relativement à ces répercussions, la nature formative du recours à la technologie afin de répondre aux Initiatives du FASSP a été mise en relief dans le rapport de synthèse du FASSP, *Gestion de l'information et technologie*, lequel a résumé les futures répercussions possibles des applications technologiques³⁴.

Conclusions sommaires

Les changements issus du FASSP et liés à l'accès 24 heures sur 24 et sept jours semaine sont difficiles à déterminer. La notion de la couverture 24 heures sur 24 et sept jours semaine est interprétée de diverses façons; de la gamme de services élargie à la gamme de fournisseurs accrue et plus diversifiée en passant par l'introduction plus marquée de services téléphoniques, d'infirmiers et d'infirmières et d'information. Certaines initiatives ont répondu de manière directe à ce qui avait été exprimé clairement dans l'objectif du FASSP. À titre d'exemple, des organisations de soins de santé primaires offrant des heures prolongées de concert avec un service de médecins, d'infirmiers et d'infirmières et d'autres fournisseurs sur appel. D'autres milieux organisationnels (comme des cliniques ou des pratiques) ont augmenté leurs heures d'ouverture, en plus d'offrir un service fourni par le médecin en disponibilité ou un accès à une ligne téléphonique d'information. Ces approches s'apparentent aux approches élaborées dans d'autres pays.

De nombreux extraits du FASSP sont de nature formative et sous-entendent des répercussions au chapitre de la couverture 24 heures sur 24 et sept jours semaine. Les ressources technologiques visant à accéder à de l'information ou des services ou à augmenter leur disponibilité, si utilisées, augmenterait le soutien offert à la population de même que la capacité future des organisations et des fournisseurs à lui répondre. Si de telles applications étaient offertes à travers le Canada, donnant ainsi lieu à des réductions dans d'autres domaines de services plus coûteux, les résultats pour la population comme pour les fournisseurs seraient notables sur le plan de l'efficacité accrue des ressources. Dans l'ensemble, les répercussions à plus long terme du FASSP sur la couverture 24 heures sur 24 et sept jours semaine restent à voir.

Équipes interdisciplinaires de soins de santé primaires

La nature de l'objectif (qui consiste à « établir des équipes ») était explicite, mais les réponses englobaient plus que la formation et la création d'équipes, elles englobaient aussi la collaboration, la pratique interprofessionnelle et autres réponses, ainsi que des appuis connexes. Presque tout l'ensemble des provinces et des territoires (ce qui représente environ 80 % de l'investissement du Fonds) a fait état, d'une façon ou d'une autre, des résultats sur les équipes interdisciplinaires ou multidisciplinaires³⁵. Quarante-vingt sept pour cent des répondants (n=65) ont répondu favorablement, indiquant que cet objectif était celui ayant le plus progressé³⁶. Soixante-neuf pour cent des répondants (n=48/70) ont affirmé que leur projet avait permis de créer des équipes interdisciplinaires de fournisseurs. Des 48 personnes ayant répondu à la question sur l'atteinte des résultats, 86 % ont affirmé que les résultats étaient atteints au moment

du sondage, 78 % (n=38) estimaient qu'ils seraient encore atteints dans deux ans d'ici, tandis que 18 % ont affirmé ne pas savoir.

Toutefois, il a été mentionné par la majeure partie des répondants, et ce, malgré les progrès accomplis dans certains milieux, que « l'interdiscipline » faisait surtout référence aux médecins de même qu'aux infirmiers et infirmières (une situation qui constitue un défi collectif et persistant). Plusieurs documents examinés par l'équipe d'évaluation ont présenté des équipes interdisciplinaires de niveau organisationnel et certaines d'entre elles étaient très diversifiées. Les rapports couvraient la gamme des définitions possibles dans ce domaine, souvent liées à l'accès à de telles équipes, au soutien (outils et formation) permettant de former des équipes ou aux mécanismes pour accélérer la formation des équipes, mais offraient peu de témoignages de mise à l'essai ou de résultats directs du *travail d'équipe*³⁸.

Le rapport de synthèse du FASSP sur la collaboration a également fait part d'un éventail de modèles novateurs et diversifiés de soins en collaboration mettant en cause des équipes inter-disciplinaires et interprofessionnelles de fournisseurs de soins de santé et sociaux dans les 13 provinces et territoires. Ces modèles de collaboration se caractérisaient par la nature de la collaboration (p. ex. la région géographique par rapport au type de patient), l'élargissement du rôle des membres de l'équipe, la régionalisation des soins dispensés en collaboration et la prestation des soins de SSP dispensés en collaboration en fonction des besoins en santé de la population. La formation interprofessionnelle avant et après l'obtention du permis d'exercer, l'amélioration des systèmes de dossiers de santé électroniques et tous les résultats positifs, en ce qui concerne l'expérience des patients et celle des fournisseurs, découlant des modèles améliorés de SSP dispensés en collaboration sont autant de tendances clés qui se dégagent des initiatives provinciales et territoriales³⁹.

Un certain nombre de fournisseurs ont joint les rangs des équipes de soins de santé primaires en plus des médecins, infirmiers praticiens et infirmières praticiennes, diététistes, pharmaciens et pharmaciennes, sages-femmes, intervenants sociaux, conseillers en santé mentale, physiothérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs en matière de santé et autres^{40,41}. Pour de nombreuses initiatives, toutefois, la venue d'un infirmier ou d'une infirmière au sein de l'équipe a été le seul « ajout » apporté. Pour d'autres initiatives, une gamme de fournisseurs se sont unis pour former des équipes mais ont omis d'intégrer un médecin. Les projets de télésanté desservant le Nord ont permis la formation d'équipes de soins de santé primaires « virtuelles » grâce au regroupement de fournisseurs de soins de santé primaires dans divers lieux⁴². En plus de la création d'organisations de soins de santé primaires, le développement de capacités en matière de gestion des maladies chroniques a également stimulé la mise en place d'équipes⁴³.

Les initiatives formatives nationales et multigouvernementales ont contribué à la création et au partage d'information; les processus de consultation et dialogues connexes étaient vastes et de nombreuses trousse d'instruments, de modules d'aides à la décision et de modèles ont été créés. Des chartes, des principes et des cadres de travail ont été élaborés afin de clarifier les rôles et responsabilités des soins de santé primaires multidisciplinaires dispensés en collaboration⁴⁴. Bon nombre de trousse d'instruments, de guides pratiques, de cadres de travail et d'autres ressources ont été conçus pour améliorer et faciliter les soins de santé primaires en collaboration ayant résulté des initiatives du FASSP. Plusieurs initiatives ont également fait progresser les

connaissances liées aux systèmes d'information électronique et de télésanté afin d'appuyer la collaboration interprofessionnelle. Par exemple, les initiatives financées dans le cadre de la sous-enveloppe de la *Stratégie nationale sur le traitement en collaboration* ont incité les associations professionnelles et les ressources complémentaires à adopter des modèles de soins de santé dispensés en collaboration⁴⁵.

Parmi les initiatives importantes souvent mentionnées par les répondants, on compte l'initiative multigouvernementale *Bâtir de meilleurs lendemains*, laquelle a permis d'élaborer et de mettre en place des instruments fondamentaux ainsi que des programmes de formation pour la création d'équipes interdisciplinaires. Ces modules d'éducation interprofessionnelle ont été conçus pour offrir aux fournisseurs toute la préparation et les outils dont ils ont besoin pour travailler en équipe. La formation dispensée dans le cadre de l'initiative *Bâtir de meilleurs lendemains* a été suivie par 8 891 participants et était particulièrement axée sur cette question afin de les préparer à œuvrer dans un environnement d'équipe et de collaboration. L'Initiative nationale sur l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (ACIS) a donné naissance à des principes, des cadres, des modules et des outils visant à aider les équipes et les fournisseurs à développer une capacité en matière de soins de santé primaires dispensés en intercollaboration⁴⁶.

La transition vers la pratique en collaboration et les équipes interdisciplinaires s'est avérée laborieuse. Certains répondants ont constaté que le temps manquait pour pouvoir achever le processus et d'autres ont constaté que la transition est toujours en cours grâce au processus du post-FASSP⁴⁷. On a également soulevé le fait que dans certaines initiatives et provinces et territoires, les fournisseurs de soins de santé autres que les médecins et les infirmiers praticiens et infirmières praticiennes n'étaient pas engagés ou traités de la même façon⁴⁸. En revanche, on a également mentionné le fait que les gouvernements n'adoptent pas beaucoup le point de vue de la « guerre territoriale »⁴⁹, ce qui laisse sous-entendre un changement positif. On a également souligné l'importance de la co-occupation des fournisseurs au regard du succès des équipes œuvrant en collaboration^{50, 51}.

Malgré tout l'enthousiasme exprimé à l'égard de ce qui a été accompli dans ce domaine, une préoccupation relative à la durabilité a été constatée et est miroitée dans les entrevues avec les intervenants qui ont soulevé le commentaire suivant : « de nombreux projets pilotes ont connu beaucoup de succès dans ce domaine mais n'ont pas duré »⁵². Des progrès ont été réalisés en ce qui a trait à la collaboration et sont exprimés dans le rapport de synthèse sur le FASSP comme suit : « l'importance des gains qui ont été réalisés et, plus important encore, le travail de base essentiel a été entamé pour favoriser les approches et les modèles de SSP en collaboration dans tout le pays »⁵³. Cela a été renforcé par l'un des répondants à l'entrevue de la façon suivante : « On ne peut accomplir ceci [soins de santé primaires] sans les soins interdisciplinaires — c'est le fer de lance »⁵⁴. Mais la réussite des initiatives en question du FASSP n'était pas garante de durabilité, surtout que bon nombre des projets, selon ce qui a émané des entrevues, ont fait face à de la résistance ou à des défis et ont, dans certains cas, avorté. Il a été suggéré que certains fournisseurs (par exemple, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes) avaient dû surmonter le plus grand des défis, celui de l'intégration.

Dans la même veine que les priorités et expériences liées au FASSP, les Pays-Bas assurent la subsistance d'un certain nombre d'anciens projets pilotes sur les soins de santé primaires mettant en cause du travail d'équipe impliquant une délégation de tâches⁵⁵. Les tendances qui existent au Royaume-Uni et aux États-Unis reflètent également une transition vers l'utilisation accrue des équipes interdisciplinaires⁵⁶. Dans la foulée des constatations du FASSP, les éléments qui ont été déterminés comme fournissant un appui au travail d'équipe, tel que mis en relief dans les autres pays, comportent des aires de travail communes ou des délimitations dans les responsabilités afin d'appuyer la coopération, la co-occupation du personnel et des services ainsi que la formation du nouveau personnel dans le but de veiller à ce que l'approche soit attrayante pour les autres fournisseurs⁵⁷.

Conclusions sommaires

Dans presque l'ensemble des provinces et territoire, des équipes de soins de santé primaires ont été mises en place dans des endroits où elles n'existaient pas auparavant ou si elles existaient déjà, elles ont été renforcées. Ainsi, on peut déclarer que l'objectif du FASSP a été atteint. Au même titre, le fait de mettre une équipe en place représente un premier pas. On a indiqué que comparativement à ce qu'il est possible de faire, les efforts sont minimes en ce qui a trait à l'optimisation des compétences de tous les fournisseurs dans la pratique interdisciplinaire. Ces initiatives visaient principalement les médecins et les infirmiers praticiens et infirmières praticiennes et ce, malgré que de nombreuses initiatives aient contribué à l'ajout d'autres types de fournisseurs de soins de santé primaires dans les milieux de soins de santé.

Les principaux facteurs de réussite tels que la co-occupation, ont également été mis en relief par les répondants et pourraient, avec le temps, remettre en question l'omniprésence du réseautage qui maintient les groupes séparés et les ressources trop largement dispersées (sauf dans les cas de lieux géographiques éloignés). Il est possible de faire plus, comme dans les autres pays, pour appuyer et maintenir la coopération, la co-occupation et la formation, de sorte à favoriser le progrès. Grâce aux nouvelles équipes en place et à un bassin d'expériences et de ressources de soutien sur lesquelles s'appuyer, il y a plus de travail à faire pour maximiser les possibilités liées à ce domaine d'intérêt.

Coordination et intégration avec les autres services

Cet objectif, exprimé de façon très vaste, englobait divers éléments interreliés, dont les notions de facilitation, de coordination et d'intégration (ni l'un ni l'autre de ces termes n'est défini ou qualifié de façon plus précise); diverses formes de liaisons et de connexions (du partenariat et du réseautage à l'utilisation de la technologie) et autres services de santé (y compris les institutions et les collectivités); de même que des changements possibles au chapitre des rôles et de leur gestion. La portée des réponses a rendu difficile l'évaluation des réalisations à un certain degré de précision. Les répercussions visaient le niveau de la prestation de services, mais la liste des exemples s'allongeait bien au-delà (pour inclure l'activité de coordination et d'intégration entre les ordres de gouvernement). Souvent, les réponses fournies pour ce domaine s'articulaient autour des connexions ou des interactions sous forme de *technologies*⁵⁸.

Pour l'ensemble des initiatives provinciales et territoriales, on a fait état d'une coordination et d'une intégration accrues avec le reste du système de santé et même avec les services sociaux⁵⁹. Environ 85 % des répondants aux entrevues (n=64) ont fait part de changements dans ce

domaine à divers degrés, soulignant les liens qui se sont établis entre les diverses organisations de soins de santé primaires, les réseaux, les équipes et les autres secteurs⁶⁰. Des 67 personnes qui ont répondu à la question sur la contribution de leur projet à une approche plus intégrée à la prestation des soins de santé primaires, 65 % (n=44) ont affirmé que leur projet y avait effectivement contribué, tandis qu'un autre 15 % a affirmé qu'il était encore trop tôt pour se prononcer sur ce sujet. Des 44 personnes ayant répondu que les résultats avaient été atteints, 82 % estimaient que ceux-ci seraient toujours atteints dans deux ans d'ici, tandis que 13 % ont affirmé qu'ils ne le savaient pas (4 % ont répondu par la négative). Cinquante-trois pour cent des répondants (n=36) ont affirmé que leur projet avait mené à une collaboration accrue à l'égard des efforts renouvelés des fournisseurs de soins de santé primaires.

On a remarqué, sur plusieurs plans, un haut niveau d'interaction et ce, bien au-delà du niveau « cible » de la prestation des soins de santé primaires. Par exemple, on a constaté un degré élevé de coordination, d'interaction et de collaboration entre les communautés autochtones et les trois ordres de gouvernement, durant les initiatives du FASSP et après. On en a d'ailleurs de nombreux exemples sur le plan de la prestation de services. Ces exemples comprennent l'activité au sein des organisations de soins de santé primaires et autres groupes, comme la co-occupation ou la proximité des services, la diffusion externe ou les diverses liaisons vers des cliniciens de santé mentale afin de les amener dans des milieux de soins de santé primaires pour y prodiguer des « soins partagés ».

Parmi les autres exemples, on compte un programme de praticien itinérant de même qu'un programme unique destiné aux patients atteints du cancer visant à relier les médecins en soins de santé primaires et les oncologistes. Parmi les initiatives nationales pertinentes, on compte celles visant le renforcement des liens entre les médecins dispensant des soins à domicile et les médecins de famille par l'entremise d'une connectivité électronique. Des liens à grande échelle ont été établis dans le cadre des initiatives financées par l'Enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle, tels que ceux entre les groupes communautaires et les organisations de soins de santé et une clinique de soins de santé primaires mettant à contribution des médecins et des spécialistes francophones en ergothérapie, en orthophonie, en physiothérapie et en soins infirmiers. Tous les projets autochtones ont présenté des établissements de liens technologiques, tels que ceux avec les soins actifs, dont les hôpitaux, ainsi que les services sociaux, de santé mentale et de soins à domicile⁶¹.

On a fait état d'un certain nombre de types différents de soutien à la coordination et à l'intégration dans les conclusions. L'utilisation de la technologie pour faire la liaison entre l'information, la communication et le diagnostic dans les soins de santé primaires et dans tous les secteurs a été reconnue d'une façon générale. Les répondants aux entrevues ont recensé une gamme de mécanismes de coordination, dont des équipes formelles et informelles de soins de santé primaires, des partenariats formés entre les divers intervenants, des « liaisons » avec un organisme non gouvernemental, des changements dans les modèles d'aiguillage résultant d'une stratégie élaborée conjointement, des visites de groupes, des ententes en collaboration, des comités directeurs intersectoriels, une représentation à des conseils (y compris des représentants communautaires), etc. Des conférences ou séances de travail stratégiques communes ou intersectorielles de sensibilisation, de planification ou de formation ont été tenues, mettant à contribution une gamme d'intervenants. On a mentionné à plus d'une reprise la façon dont les

initiatives centrées sur la gestion des maladies chroniques ont contribué à établir des liens entre les milieux, les équipes et les gens des divers secteurs^{62,63}.

D'autres activités d'envergure étaient davantage de nature formative et étaient liées principalement aux initiatives de développement de ressources intersectorielles en rapport avec l'éducation, les outils ou le développement technologique. Les répercussions des initiatives multigouvernementales étaient plus indirectes, donnant lieu à une coordination entre les intervenants sur des plans différents (de la prestation de services) afin de fournir des ressources d'appui aux fournisseurs (gestion des maladies chroniques, lignes de santé) et aux consommateurs (télésanté). Parmi les avantages notoires, on compte les établissements de liens et de réseaux avec les fournisseurs acquis grâce à une éducation collective interprofessionnelle (comme dans l'Initiative Bâtir de meilleurs lendemains et l'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires). Ces initiatives nationales ont mis en valeur un large éventail d'efforts collectifs et de conférences afin de créer des ressources technologiques ou autres ressources d'appui à la pratique en collaboration, ou d'y mettre l'accent. De tels efforts ont été décrits comme « absolument essentiels si la collaboration doit être une composante essentielle des soins de santé primaires renouvelés »⁶⁴.

On constate, à la lumière des expériences du FASSP, que d'autres pays misent principalement sur une coordination et une intégration accrue des services afin de mettre en œuvre la réforme. Il convient de remarquer, toutefois, que dans les autres pays, une grande partie de la coordination prend place dans un cadre plus vaste d'organisations de santé pleinement intégrées et englobe une responsabilité pour les soins de santé primaires et les autres éléments de système. Voici également d'autres approches ou mécanismes semblables existant dans ce domaine : la gestion des entrées et sorties dans le secteur des soins secondaires, la planification des congés des infirmiers et infirmières et l'utilisation des liens de technologie d'information, des systèmes d'information clinique et des outils de gestion de l'information, etc⁶⁵.

Conclusions sommaires

Cet objectif du FASSP, consistant de façon très vaste à faciliter la coordination et l'intégration avec les autres services de santé a été élaboré sans être vraiment précis dans sa définition de l'un ou l'autre des deux termes, ouvrant ainsi la porte à de nombreuses réponses possibles. Par conséquent, l'objectif a été atteint à bien des égards. On constate de nombreux exemples de changement à divers chapitres, outre celui de la prestation de services. De concert avec l'élaboration de ressources formatives, on a reconnu les nombreuses occasions à explorer et à saisir dans ce domaine. Les initiatives liées aux maladies chroniques de manière générale ainsi qu'à la santé mentale, au cancer et autres maladies particulières, jettent les assises des liens et des partenariats entre les soins de santé primaires, les spécialistes, les hôpitaux et les patients à domicile.

Bien que la technologie ne puisse remplacer les relations interpersonnelles et interprofessionnelles, les technologies d'information et de communication ont joué un rôle significatif au sein des pratiques et au chapitre du renforcement des liens, comme celui de permettre aux régions rurales et isolées de se relier aux spécialistes et aux hôpitaux. Les expériences vécues à l'échelle internationale sont conformes aux initiatives du FASSP, mais une grande partie de l'activité est coordonnée à l'intérieur d'un cadre plus cohésif d'organisations de

santé pleinement intégrées qui englobe une responsabilité pour les soins de santé primaires et autres services. Bien que les données émanant du FASSP empêchent de calculer ou d'évaluer précisément le taux d'efficacité (ou le degré) de l'ensemble des réalisations ou changements dans ce domaine, l'activité considérable qui a été menée contribue à atteindre des objectifs plus vastes, comme celui de former des relations et des liens et d'harmoniser les soins de santé primaires et autres ressources du système avec les avantages qui s'y rattachent.

Questions d'évaluation du FASSP : résultats, répercussions durables, leçons à retenir

La présente section présente de l'information en lien avec les questions d'évaluation qui portent sur l'examen des résultats, les répercussions durables et les leçons à retenir, tout en tenant compte des éléments clés qui forgent l'environnement au sein duquel prend place la réforme des soins de santé primaires.

Changement dans les modèles de financement, les structures et les mesures d'incitation

Des changements ont pris place ou ont été renforcés grâce aux nouvelles approches adoptées dans le cadre du FASSP, mais on ne détient pas suffisamment d'information pour être en mesure d'évaluer la portion de fournisseurs (en comparaison avec l'ensemble) d'un océan à l'autre qui a été touchée par ces changements. Les références aux « modèles » et « structures » de financement étaient semblables, comme en témoignent les documents et les entrevues (lesquels employaient parfois d'autres termes dont la signification était semblable, comme « forme » ou « format », etc.). En revanche, les indications relatives aux « mesures incitatives » étaient différentes dans leur application. Par exemple, certaines mesures incitatives sont associées à des modèles de rémunération ou de financement plus vastes (ou y sont intégrés). D'autres sont utilisées pour inciter les parties à se joindre à une initiative ou à adopter une nouvelle orientation (p. ex. subventions pour nouvelle structure de bureau, technologie, logiciel, éducation ou autres).

La recension des écrits a révélé que les modèles de financement à l'échelle internationale se sont, de manière générale, éloignés du modèle de financement à l'acte pour prendre une forme plus personnelle adaptée « au patient ». L'accent est mis sur le financement par capitation (par personne) et l'adoption de mesures incitatives visant à motiver l'atteinte d'objectifs particuliers. Les expériences du FASSP étaient en harmonie avec cette tendance, comme le démontrent d'ailleurs toutes les sources de données. Dans une certaine mesure, la majorité des provinces et territoires ont opté pour des modes optionnels de financement des organisations de soins de santé primaires et ont délaissé le financement à l'acte des médecins. Certains répondants aux entrevues ont constaté qu'il était difficile d'attribuer toute cette transition au FASSP, puisque cette transition avait déjà pris place avant la création du FASSP et était toujours en cours. Toutefois, le FASSP était perçu, même dans ce contexte, comme fournissant un levier financier et agissant à titre de facilitateur de l'introduction et de l'expansion des modes optionnels de financement⁶⁷.

Comme l'ont révélé l'étude de la documentation et les entrevues avec les répondants, les solutions de rechange au financement à l'acte comprenaient la rémunération salariale, à la séance, par contrat, par capitation et mixte. Vingt pour cent (14/70) des répondants ont indiqué que leurs projets avaient créé une transition vers les modes optionnels de financement pour les

organisations et les fournisseurs. De ces 14 personnes, 79 % (n=11) ont affirmé que cette transition était toujours en cours au moment du sondage⁶⁹. Comme en témoigne l'étude de la documentation, la Nouvelle-Écosse a déclaré que 58 médecins ont effectué la transition vers le financement optionnel, et l'Île-du-Prince-Édouard a déclaré que 85 % étaient maintenant salariés⁷⁰. Parallèlement, les entrevues avec les intervenants ont révélé qu'à Twillingate, Terre-Neuve-et-Labrador, le FASSP a joué un rôle dans la transition du financement par acte à une forme de financement mixte de la rémunération des médecins⁷¹.

On a fait état de différentes approches et différents types d'incitatifs financiers. Parmi ceux-ci : salaires du personnel infirmier couverts pour la première année, bourses offertes aux médecins pour qu'ils se joignent à des pratiques en collaboration dans certaines parties du Canada, coûts transitoires et financement de la nouvelle technologie et des projets de relocalisation. Du financement a également été fourni afin d'appuyer la facilitation, pour que les champions de la médecine fassent la promotion du financement mixte. Un certain nombre de répondants a répondu que la rémunération soutenue des autres fournisseurs de soins de santé primaires présentait encore des difficultés⁷². Des améliorations aux codes tarifaires ont également été signalées, notamment des codes tarifaires visant à encourager l'interaction entre les médecins et les pharmaciens et à payer pour des « visites de groupes » de patients, comme ceux atteints du diabète⁷³.

Conclusions sommaires

Des changements en matière de financement ont pris place dans de nombreux milieux durant le FASSP et étaient principalement axés vers les médecins. La transition du financement par acte vers les modes optionnels avait déjà commencé à prendre place dans une certaine mesure dans certaines parties du Canada avant la création du FASSP. Le recours au financement par capitation et au financement incitatif est conforme aux changements accomplis au sein des autres pays. Dans les milieux où des changements s'étaient déjà amorcés, le FASSP a agi comme moteur d'amélioration et d'expansion. Dans les autres milieux, les modes optionnels de financement ont été mis sur pied ou envisagés dans le cadre de la réforme des soins de santé primaires durant le FASSP et sont toujours en cours.

Le financement incitatif a motivé l'expansion et la promotion de la réforme liée aux soins de santé ou son appui. Les mesures incitatives ont joué un rôle important dans la mise en œuvre des transitions et la création ou la mise à niveau de nouvelles installations et de nouvelles ressources, dépendamment de la province. Bien qu'il soit possible de mettre en lumière certains changements, il n'est pas possible, à partir des données, d'évaluer leur ampleur ni dans quelle mesure ils sont le résultat du FASSP. L'incidence des changements réalisés dans le cadre du FASSP se fait toujours sentir mais comme la réforme de financement ne faisait pas partie de toutes les initiatives du FASSP et n'était pas présente dans l'ensemble des provinces et territoires, il convient de consacrer plus de temps et d'efforts pour mettre en œuvre et étudier un tel changement dans son intégralité.

Changement dans la structure de la prestation de services de soins de santé primaires

Les changements dans la structure de la prestation de services se sont inscrits de manière constante dans quelques catégories et étaient plus ou moins marqués. Les rapports des projets

provinciaux et territoriaux ainsi qu'autochtones reflétaient des changements ayant pris place dans le cadre des initiatives de mise en œuvre et de développement organisationnel des soins de santé primaires. Certaines provinces et certains territoires ont effectué une transition vers le développement organisationnel à pleine échelle, lançant de nouvelles organisations de soins de santé primaires ou encore, mettant le FASSP à contribution (comme l'ont fait les initiatives de la Colombie-Britannique, de l'Ontario, du Québec ainsi que l'initiative autochtone Tui'kan) afin d'*accélérer* la création d'un plus grand nombre d'entre elles⁷⁴.

D'autres provinces ou territoires ont mis à contribution le FASSP afin de progresser vers l'établissement d'équipes multidisciplinaires, dont les niveaux d'accomplissement varient en fonction de la gamme de fournisseurs intégrés (tel que discuté précédemment). Les activités formatives mises de l'avant dans le cadre des initiatives nationales et multigouvernementales étaient perçues comme essentielles à l'appui de la formation et de la facilitation dans les modèles de soins de santé primaires ainsi qu'aux équipes pour la réorientation de la prestation de services. Parmi les exemples de ces initiatives ciblées, on compte le programme « Well Women » au Manitoba et les cliniques de réhabilitation au Nunavut⁷⁵.

Près de la moitié seulement des répondants aux entrevues (30 répondants sur 75) n'ont pas formulé de commentaires ou osé évaluer les changements dans la structure de la prestation de services. Ceux qui ont choisi de se prononcer ont indiqué qu'ils avaient une connaissance directe des initiatives et de ce qui se produisait dans le cadre de la réforme des soins de santé primaires dans leur province au moment de l'initiative du FASSP. Ceux qui ont indiqué que les soins de santé primaires étaient organisés de manière très différente maintenant ont démontré la gamme des nouvelles entités et des nouvelles approches tels que les réseaux de soins de santé primaires et les divers modèles d'équipes multidisciplinaires⁷⁶. Le FASSP a été mentionné par l'un des répondants de niveau supérieur comme « mettant la table » pour les équipes de santé familiale en Ontario⁷⁷.

Cinquante-huit pour cent des répondants (n=39/68) ont affirmé que leur projet avait accru l'utilisation d'outils pour améliorer la *prestation* des soins de santé primaires. Cinquante-quatre pour cent (37/69) ont affirmé que leur projet avait accru l'utilisation de la technologie de l'information afin d'*améliorer la prestation* de soins de santé primaires. Le sondage en ligne a permis d'énumérer un certain nombre de types de changements de systèmes qui ont solidifié les transitions déterminées dans les sources de données. Conformément aux résultats du FASSP, les autres pays abordés dans la recension des écrits font progresser l'utilisation des dossiers médicaux électroniques des patients et autres mécanismes d'appui à la décision et processus administratifs⁷⁹.

Le FASSP a également fourni du soutien aux directeurs de soins de santé primaires et responsables de programmes dans certaines régions régionales afin de faciliter la réforme. De plus, les répondants aux entrevues ont signalé divers facteurs de changement dans l'organisation des soins de santé primaires. Parmi ceux-ci, le recours à la technologie de l'information et l'harmonisation des services existants et des fournisseurs, le financement par capitation ou mixte lié aux listes des patients ont aidé à établir des composantes de base essentielles et ont favorisé l'émergence de nouveaux rôles et de nouveaux postes pour les fournisseurs de soins de santé

primaires au sein de l'équipe (infirmiers praticiens et infirmières praticiennes, fournisseurs en santé mentale, pharmaciens et pharmaciennes, etc.)⁸⁰.

Conclusions sommaires

Une gamme de changements est survenue durant le FASSP ou était en cours durant celui-ci. Certaines transitions étaient déjà entamées, mais le FASSP a permis de les poursuivre et de les achever. Le Fonds a été reconnu comme un *facilitateur* ou un *stimulant* dans ce domaine, autant en ce qui a trait à l'amélioration des organisations actuelles qu'en ce qui a trait à l'accélération de la mise en place de nouveaux ou d'autres modèles organisationnels. Des piliers importants de soins de santé primaires appuyés par le FASSP ont été créés, comme des systèmes de technologie de l'information, de nouveaux modes de financement et de nouveaux rôles joués par les fournisseurs, de même qu'un appui à la création d'équipes multigouvernementales. Ceux-ci étaient mis en relief comme d'importants fondements aux changements dans l'organisation de la prestation des soins de santé primaires — maintenant et pour l'avenir.

Changement dans l'infrastructure et les mécanismes de prestation de soins de santé primaires

On a constaté un certain chevauchement dans la réponse fournie dans ce domaine et dans la section précédente; toutefois, des progrès dans la mise en place d'une infrastructure de soutien ont été observés dans les diverses sources de données d'évaluation. L'étendue des commentaires soulevés et des expériences relatées, toutefois, n'a pas fourni suffisamment d'information pour pouvoir évaluer l'ampleur des répercussions. Comme le révèlent l'étude de la documentation et les entrevues avec les intervenants, les données indiquent que la mise en place d'équipes multidisciplinaires constitue l'un des changements à l'infrastructure. Les dossiers médicaux électroniques des patients ont été instaurés, comme les modes optionnels de financement ou autres mesures d'appui aux pratiques de soins de santé primaires. D'autres moyens de soutien technologique et logiciels ont été intégrés aux pratiques de soins de santé primaires, y compris ceux servant à fixer des rendez-vous, assurer la gestion des bureaux ou l'inscription des patients⁸². Cela est tout à fait en harmonie avec les résultats de la recension des écrits qui ont démontré que les autres pays (particulièrement les Pays-Bas) ont fait progresser l'utilisation des dossiers électroniques et autres outils d'aide aux processus cliniques et administratifs⁸³.

Un certain nombre d'initiatives du FASSP ont mis en œuvre une technologie d'information visant à relier les organisations de soins de santé primaires, les fournisseurs et leurs patients vivant dans des régions isolées. Comme le révèle l'étude de la documentation, des éléments connexes englobaient la vidéoconférence destinée aux spécialistes à des fins de consultation, d'éducation professionnelle continue et d'amélioration de la capacité à interpréter des diagnostics grâce à la transmission de radiologie numérique. On a relevé certaines difficultés, tel que les coûts, une mauvaise compréhension de la technologie et des questions liées à la communication intergouvernementale, ce qui a diminué l'effet global d'une initiative de télésanté multigouvernementale importante⁸⁴. Certains éléments ont souvent été mentionnés dans les entrevues avec les intervenants et l'enquête en ligne, notamment les trousseaux d'instruments, les lignes directrices, l'information et autres ressources d'appui produites dans le cadre des initiatives financées par l'enveloppe multigouvernementale et nationale. Certains ont été mis en place dans le cadre des initiatives organisationnelles de soins de santé primaires provinciales et territoriales, comme les outils de gestion des maladies chroniques et les mécanismes d'appui à

l'établissement d'équipes multidisciplinaires au sein des organisations de soins de santé primaires^{85,86}.

Conclusions sommaires

Malgré l'insuffisance de données pour pouvoir exprimer en détail la portée ou l'incidence des changements réalisés, le FASSP a fourni du soutien pour la création et la mise en œuvre de systèmes et d'une infrastructure de soutien nouveaux ou renouvelés visant à améliorer la prestation de soins de santé primaires. Parmi ceux-ci, diverses technologies appliquées aux organisations de soins de santé primaires et divers moyens pour les gens se trouvant dans des régions éloignées d'avoir accès à des spécialistes, des diagnostics, des consultations et de l'éducation. Les moyens technologiques au sein des organisations comprenaient une gamme de dossiers médicaux électroniques de patients et autres systèmes et outils informatiques prenant en charge les fonctions d'inscription, d'établissement d'horaires et de gestion. Une grande partie de cette initiative était de nature formative, notamment en ce qui concerne l'élaboration de trousseaux d'instruments, de lignes directrices et d'autres documents d'appui pour un certain nombre de domaines, notamment la formation et la mise en œuvre d'équipes et d'applications de gestion des maladies chroniques. Bien que l'éventail complet des répercussions et des changements potentiellement réalisables dans ce domaine demeure inconnu, les ressources d'appui appliquées ou élaborées durant le FASSP ont renforcé la base de la réforme et de l'avancement dans les soins de santé primaires.

Changement dans les connaissances et dans la capacité d'assurer la prestation de services de soins de santé primaires

Ce type de changement était difficile à évaluer à partir des données. Les initiatives du FASSP tendaient à mettre l'accent sur le fait que le développement des connaissances ainsi que les processus et mécanismes de transfert constituaient des *moyens indirects* d'appuyer ou de générer un changement dans la capacité d'assurer la prestation de services de soins de santé primaires. La nature très vague des thèmes (connaissances et capacité), toutefois, tout comme la rétroaction, n'a pas pu illustrer l'ampleur des changements réels ou possibles. De nombreuses initiatives étaient formatives et *conçues ou réalisées* à cette fin, mais elles n'étaient pas toujours mises en œuvre ou évaluées en fonction de l'ampleur des répercussions. Le progrès était souvent sous-entendu et un changement dans les connaissances n'est pas toujours synonyme de changement dans les actions ou les comportements.

L'étude de la documentation et les entrevues menées auprès des intervenants ont tenu compte de la création plutôt remarquable de soutiens à la formation dans le cadre des initiatives nationales et multigouvernementales. Afin de renforcer et d'accroître les connaissances du fournisseur à l'égard des soins en collaboration ainsi que de sa compréhension des différents rôles qu'il a à jouer, divers ateliers, conférences et programmes éducatifs ont été tenus et un nombre important de fournisseurs de soins de santé y ont assisté. Un large éventail de lignes directrices et de manuels ont été mis en place afin de fournir des appuis à la prise de décision aux personnes en charge de mettre en œuvre des pratiques de collaboration et de créer des équipes^{87, 88}.

Parallèlement, des trousseaux d'instruments de gestion des maladies chroniques, des lignes directrices et des manuels ont été créés, conjointement avec l'arrivée de mécanismes visant à offrir un accès continu à des soins interprofessionnels par l'entremise de lignes d'aide. Des

guides et manuels ciblés ont été élaborés afin de sensibiliser les fournisseurs de soins de santé primaires aux réalités culturelles. De nouvelles ressources ont été utilisées par des médecins dans le cadre d'initiatives de création d'organisations de soins de santé primaires ainsi que dans le cadre d'autres initiatives, et ce, afin d'accroître la capacité dans des domaines ciblés, comme l'élaboration d'approches de gestion des maladies chroniques^{89,90}. Une gamme de changements destinés aux fournisseurs, à divers degrés, ont également été mentionnés par les répondants à l'enquête⁹¹. Toutefois, on mettait généralement moins l'accent sur la capacité de la population, en comparaison à celle des fournisseurs, eu égard à la prestation de services. Il est arrivé qu'un investissement, quoique considérable, soit effectué dans le cadre d'une stratégie nationale de sensibilisation et ait du fil à retordre afin de véhiculer le message à la population⁹².

L'objectif du FASSP vis-à-vis des diverses approches de développement des connaissances et de renforcement des capacités en matière de soins de santé primaires consistait à imiter la gamme d'activités accomplies dans les autres pays. Comme en témoigne la recension des écrits, ces activités fournissaient la possibilité d'acquérir de l'expérience vis-à-vis des nouveaux rôles et de la collaboration interprofessionnelle et, consistaient en l'élaboration et l'utilisation de nouveaux outils de soutien et de nouvelles lignes directrices, de protocoles de soins et d'indicateurs de santé et mettaient l'accent sur les soins fondés sur l'expérience clinique. Une formation avancée destinée aux infirmiers et infirmières, avec un point de convergence vers le leadership en soins infirmiers et l'arrivée des infirmiers praticiens et infirmières praticiennes ainsi que le recours aux systèmes d'information électronique afin d'appuyer la prise de décision administrative, clinique et de coordination ou de gestion, sont des thèmes abordés collectivement par les nombreuses initiatives du FASSP⁹³.

Conclusions sommaires

La difficulté à laquelle on est confronté dans l'évaluation de la nature et de l'ampleur de la réussite dans ce domaine est due au fait que le développement des connaissances, le transfert et la capacité supposent un changement subséquent sur le plan de l'attitude et du comportement. Bien que l'on puisse être certain que les connaissances ont été transférées, il n'en demeure pas moins qu'il est difficile d'évaluer les pleines répercussions. Bien qu'il soit difficile de se pencher sur les résultats et les répercussions et encore plus difficile d'évaluer dans quelle mesure ils sont attribuables au FASSP, les initiatives du FASSP financées par les enveloppes nationales et multigouvernementales ont été particulièrement remarquables en raison du grand nombre d'outils éducatifs et autres qui ont été élaborés afin d'accroître les connaissances et les ressources des fournisseurs. Parmi les exemples cités de façon plus explicite, on compte le développement des ressources pour les modèles de pratique en collaboration ou en équipe et en matière de gestion des maladies chroniques. L'ampleur des répercussions reste à voir.

Enfin, bien que certaines ressources soient disponibles pour une utilisation continue, l'information dans certains milieux était internalisée et renforcée à l'échelle locale dans le cadre de l'établissement d'organisations de soins de santé primaires et de leurs ressources de gestion des maladies chroniques. Il est encourageant, quoique non étonnant, de constater que le développement des ressources lié au FASSP est tout à fait en harmonie avec les démarches qui ont été prises ailleurs. En même temps, les répercussions positives de l'activité de développement considérable qui a eu lieu dans le cadre du FASSP doivent être sous-entendues et anticipées et les mécanismes doivent être appliqués à son transfert jusqu'à ce que le temps fasse

son œuvre et arrive à démontrer que les changements dans la capacité et les connaissances en matière de soins de santé primaires aient réellement pris place.

Changement dans les politiques et les lois

Comme l'a si bien résumé l'un des répondants à l'entrevue, « il y a beaucoup plus de politiques axées vers les soins de santé primaires... Au moment où le FASSP a été créé, peu de provinces avaient des politiques en place sur les soins de santé primaires. Mais quand les initiatives du FASSP ont pris fin, toutes les provinces avaient des politiques en matière de soins de santé primaires. Les politiques en matière de soins de santé primaires sont bien en vue maintenant ». Bien que cela soit encourageant, cela ne traduit pas toutefois l'ampleur des changements qui ont pris place ou qui sont attribuables au FASSP. Certaines provinces et certains territoires, comme l'Ontario et la Colombie-Britannique, avaient déjà des lois habilitantes en place avant la création du FASSP (comme celle visant à appuyer les praticiens et praticiennes ainsi que les sages-femmes). D'autres provinces et territoires ont eu recours au FASSP afin d'élaborer ou d'élargir les approches par la politique. La recension des écrits révèle que les lois habilitantes relatives aux soins de santé primaires, telles que liées au FASSP ou élaborées dans le cadre de celui-ci, sont conformes aux efforts des autres pays pour assurer une réforme des soins de santé primaires ou présenter de nouveaux fournisseurs⁹⁴.

L'Île-du-Prince-Édouard, par exemple, a élaboré une politique visant à effectuer une transition vers les équipes de collaboration. La Saskatchewan a mis sur pied et agrandi ses équipes de soins de santé primaires. La Nouvelle-Écosse a instauré « l'inclusion culturelle » à sa politique en matière de soins de santé primaires. Un Programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones a été élaboré et mis sur pied et les premiers finissants sont arrivés sur le marché du travail durant la période suivant le FASSP. Un certain nombre de provinces ont déposé des lois à l'intention des infirmiers praticiens et infirmières praticiennes et des sages-femmes. L'étude de la documentation et les entrevues menées auprès des intervenants ont toutes deux mentionné que l'initiative du FASSP avait exercé une grande influence sur la création du Fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones⁹⁵.

Cinquante pour cent des répondants à l'enquête en ligne (n=26/52) ont affirmé que leur projet avait eu une influence sur les changements apportés dans les politiques par leur organisation et 69 % (n=35/51) ont déclaré que leur projet était influent sur le plan de la prestation de services et des changements dans la pratique au sein de leur organisation. Vingt-neuf pour cent (n=15/52) des répondants à l'enquête en ligne croyaient que leur projet avait exercé une influence sur les changements apportés dans les politiques par leur gouvernement provincial et territorial⁹⁶. Les types de changements recensés sont conformes aux virages à l'échelle internationale en matière de renouvellement des soins de santé primaires⁹⁷.

Les répondants à l'entrevue ayant des connaissances dans ce domaine ont fait mention de l'élaboration et de l'évolution des politiques dans les domaines suivants : l'intensification des efforts axés sur les soins de santé primaires; la hausse de l'appui envers le travail interdisciplinaire et l'intégration d'autres fournisseurs de soins de santé primaires au sein des organisations de soins de santé primaires; les changements et les hausses dans le financement des organisations et la rémunération des médecins offrant des soins de santé primaires et enfin, dans bon nombre de provinces et territoires, les améliorations législatives et l'adoption de lois visant

l'intégration des infirmiers praticiens et infirmières praticiennes et des sages-femmes ainsi que l'amélioration de leur capacité en matière de prescriptions^{98,99}.

Conclusions sommaires

Que l'ampleur des répercussions sur le plan politique puisse ou non être évaluée, il est possible d'affirmer avec certitude que des changements et des améliorations dans les lois et les politiques ont eu lieu durant le FASSP ou à la suite de sa création. Ces améliorations et changements ont contribué à établir l'orientation de la réforme des soins de santé primaires et à la renforcer et ont également permis que les soins de santé primaires clés soient analysés. Elles ont maintenu l'appui des composantes clés des soins de santé primaires comme la pratique en collaboration, le travail d'équipe, la transition vers les modes de financement optionnels et l'élaboration de lois et de politiques à l'appui des sages-femmes, des infirmiers praticiens et infirmières praticiennes et de l'élargissement de la prescription. Les similitudes entre ces mesures et celles qui ont été prises dans les autres pays témoignent d'une légitimité globale. De tels changements reflètent directement les orientations visées par le programme FASSP.

Répercussions sur les fournisseurs de soins de santé primaires

Un large éventail de « répercussions » sur les soins de santé primaires a été recensé ainsi qu'un chevauchement dans les réponses dans cette catégorie et dans les autres catégories (certains répondants ont signalé une capacité et un savoir accrus, tel que vu précédemment, comme étant l'une des répercussions sur les fournisseurs). Selon un bon nombre de répondants à l'entrevue, la détermination ou l'évaluation des incidences pour les fournisseurs a été *ardue*. Les diverses raisons fournies étaient qu'il était encore trop tôt pour se prononcer, qu'une telle information était superficielle, non existante (aucune chance de les évaluer de façon concrète), qu'il ne s'agissait pas du centre d'intérêt de l'initiative ou dans le cas de la création de ressources, (comme des trousseaux d'instruments), on ne savait pas si celles-ci étaient utilisées ou non; ou simplement qu'il n'y avait pas suffisamment de données concises pour cette catégorie.

De la même façon, dans la plupart des provinces et territoires, les rapports sur les initiatives liées aux organisations de soins de santé primaires (qu'il s'agisse d'organisations existantes subissant des améliorations ou de nouvelles organisations mises sur pied), on a fait mention d'un certain nombre de répercussions sur les fournisseurs. Parmi celles-ci, des témoignages d'adaptation envers la pratique en collaboration de même qu'envers l'établissement et le bon *fonctionnement* d'équipes de soins de santé primaires. Parmi les autres exemples, une compréhension accrue des rôles et capacités des autres fournisseurs de soins de santé primaires, l'introduction de la nouvelle technologie dans les pratiques (ordinateurs/dossiers de santé électroniques, télésanté, etc.) et également, la mise en œuvre de lignes directrices et de nouvelles approches de gestion des maladies chroniques a été améliorée afin de mettre en pratique des aptitudes et un enseignement nouvellement acquis¹⁰⁰. Des types de répercussions semblables ont été déterminés par les répondants de l'enquête en ligne, relativement au niveau organisationnel et au système, de même qu'aux changements liés aux fournisseurs¹⁰¹.

Les résultats des entrevues menées auprès des intervenants ont révélé que bien que les changements pour les fournisseurs aient été de nature formative, on constatait une hausse de la satisfaction relativement aux objectifs du FASSP et aux nouvelles façons de faire les choses. Certains fournisseurs « ne feraient plus les choses de la même manière ». Bien qu'un progrès ait

été remarqué sur le plan de l'adversité dans les rôles joués par les différents fournisseurs, cette tendance doit s'équilibrer en fonction du témoignage des autres répondants qui ont remarqué que quelque chose d'aussi fondamental qu'une collaboration entre les infirmiers et infirmières et les médecins dans la prestation de soins de santé primaires représentait une difficulté. Cette tendance a été observée à la suite des initiatives nationales et locales, dans les efforts déployés de manière explicite pour comprendre l'un et l'autre et travailler ensemble. Certains répondants ont souligné que le fait de se concentrer de façon collective sur les besoins du *patient* avait un effet particulièrement facilitant.

Au sein des groupes de fournisseurs, ce sont les médecins qui ont reçu la plus grande attention, suivis par les infirmiers praticiens et infirmières praticiennes et on a constaté quelques divergences dans la façon dont les autres étaient mis à contribution (ou non). De manière plus générale, l'établissement d'une capacité interdisciplinaire et de liens de travail intersectoriels était perçu comme une incidence majeure du FASSP sur les fournisseurs. D'autres répondants ont également souligné les effets liés à un accès accru à des ressources nouvelles ou améliorées, y compris un financement ciblé, des ordinateurs et de la technologie de soutien¹⁰². Selon la recension des écrits, les répercussions sur les fournisseurs dans les autres pays comprenaient un accès à plus d'information, à des données fondées sur les preuves, des outils d'aide à la pratique, un élargissement des connaissances sur la qualité, la liberté d'innover, un service de réponse amélioré aux besoins des patients, des charges de travail réduites, une pratique élargie et une satisfaction accrue des fournisseurs¹⁰³. Cela est en harmonie avec l'expérience des autres initiatives du FASSP.

Conclusions sommaires

Malgré les quelques difficultés à déterminer et à évaluer les « répercussions », on a mis en lumière un certain nombre d'exemples directs et indirects. Ces derniers traduisaient les attentes des personnes engagées dans les soins de santé primaires et étaient tout à fait conformes aux objectifs du FASSP, en ce qui a trait aux équipes interdisciplinaires; une application améliorée de la technologie, notamment des dossiers de santé électroniques et de la promotion de la santé, surtout dans le domaine de la gestion des maladies chroniques. La nature formative de la formation et des ressources d'appui signifie que bien des objectifs liés aux fournisseurs de soins de santé primaires n'ont pas encore été atteints. Bien que les « répercussions » doivent être sous-entendues étant donné l'insuffisance de données à cet égard, les étapes franchies durant le FASSP fournissent des indications positives quant à la possibilité d'atteindre des objectifs qui sont prioritaires pour les professionnels des soins de santé primaires et quant à la gamme d'avantages possible, tel que le prévoyait la réforme dans les soins de santé primaires

Répercussions durables : durabilité, conditions et facteurs

Voici une catégorie difficile à évaluer compte tenu du fait que les changements survenus durant le FASSP étaient potentiellement *durables* mais pour évaluer leur longévité, il faut prendre en compte des facteurs qui s'inscrivent en dehors des paramètres ou du calendrier des initiatives du FASSP (ou à tout le moins, en dehors de l'évaluation sommative à ce stade-ci). Comme on l'a indiqué à plus d'une reprise, l'ampleur globale des changements et de la contribution du FASSP (en des termes plus précis) ne peut être quantifiée ou confirmée de manière explicite. On doit tirer des conclusions sur leur durabilité à la lumière du type de changements qui sont survenus et des conditions et facteurs qui auraient pu les influencer.

Une vaste gamme de changements sont survenus à travers le pays durant le programme du FASSP ainsi qu'après. Cela est particulièrement palpable dans la façon dont les nombreuses provinces continuent de financer leurs organisations de soins de santé primaires. Des décisions gouvernementales ont été prises, du soutien stratégique et des investissements ont été engagés, destinés notamment aux initiatives, aux modes optionnels de financement, au soutien en capital, à l'équipement et à la technologie (tel que la technologie de l'information, les dossiers médicaux électroniques, etc.) et une intégration des nouvelles initiatives ou pratiques au sein des provinces et territoires, des Premières nations de même que d'autres formes de financement opérationnel. On a mis sur pied, on a accru, on a renouvelé et réorganisé des organisations de soins de santé primaires et autres services, et ce, afin qu'ils soient davantage axés sur les soins de santé primaires. De nombreux projets ont été accomplis en lien avec certains aspects de chaque objectif et champ d'enquête du FASSP.

Une plus grande diversité de fournisseurs, à travers le Canada, ont adopté de nouvelles méthodes de prestation de services de soins de santé primaires, assumant de nouveaux rôles et interagissant de façon plus collaborative au sein des divers secteurs. Les attitudes professionnelles, le soutien, la volonté de collaboration, les liens de confiance et la crédibilité se sont accrues. Les membres du public et les organisations communautaires se sont impliqués de diverses façons dans l'autogestion des services ainsi que dans les activités liées aux soins de santé primaires. De nouveaux liens se sont créés, dans le domaine des soins de santé primaires, entre les équipes, les organisations, les réseaux et les partenaires, et ce, autant à l'intérieur qu'à l'extérieur des systèmes de santé à travers le Canada. Une gamme de technologies et d'outils d'information et de communication, d'aides et d'autres ressources ont fait l'objet d'études, ont été élaborés ou encore mis en marché. Des relations interprofessionnelles se sont créées entre les intervenants et persistent encore à ce jour.

De tels témoignages sont prometteurs et pourraient représenter une remise en question importante des pratiques traditionnelles avec le temps. Il sera possible d'en connaître davantage sur leur longévité en examinant les conditions et les facteurs qui sont reliés à ces pratiques. Par exemple, tout changement qui survient au sein d'un secteur de compétence publique est sujet à un changement de cap dans l'engagement gouvernemental de fond et dans les décisions en matière de ressourcement qui sont prises au fil du temps. Certains intervenants sont préoccupés par le fait que les gouvernements ont cessé de faire des soins de santé primaires leur priorité et sont « passés à autre chose ». Les initiatives qui étaient de nature formative (hausse de la sensibilisation, formation, outils, technologie, conférences, etc.) n'étaient pas toujours mises de l'avant avec des ressources intrinsèques, du soutien ou des voies facilitant l'utilisation continue. Leur réussite est entièrement attribuable aux actions qui seront prises ultérieurement. On peut formuler des hypothèses quant à la continuité de leur valeur et de leur application (si adoptées) mais leur utilisation optimale durable reste à prouver. Comme on l'a mentionné à plusieurs reprises, il semble y avoir un savoir et une capacité accrues en matière de soins de santé primaires au sein des différents milieux de santé du pays depuis la mise en place du FASSP. Ce savoir et cette capacité doivent maintenant être mis en pratique et transférés afin que l'on constate leur plein potentiel au fil du temps.

Plus particulièrement, on a évoqué de façon considérable l'importance de la volonté politique, de la consultation provinciale et nationale, de la sensibilisation du public, du leadership, des coordonnateurs et des champions de ce secteur et l'importance d'une vision commune, de lignes directrices, d'une planification et d'indicateurs consensuels, de cadres de travail, de principes et de méthodes de collecte de données. Le caractère « durable » des nouvelles activités de soins de santé primaires a été largement articulé, anticipé, planifié et espéré, mais trop souvent, il ne faisait pas partie intégrante des initiatives ou du cadre plus global du FASSP (en sus des rapports finaux et du site Web contenant de l'information sélective ainsi que des conférences destinées à la population aux fins de discussion des constatations). Il s'agit de scruter ce qui *n'a pas été* accompli ou n'a pas été continué pour se rappeler de tout le chemin qui reste à faire. Divers éléments liés à l'échéancier ont créé des avantages (pour les projets abordés en premier) ou des inconvénients (par exemple, disposer de suffisamment de temps pour assister à l'issue d'une initiative avant que le programme ne prenne fin ou que les fonds soient coupés, a représenté une problématique pour bon nombre de gens). L'accès à de l'information facilement consultable sur les résultats des initiatives du FASSP n'est pas direct et on est inquiet de la façon dont cette information continuera d'être accessible à grande échelle.

Comme l'indiquent la documentation, les entrevues et l'enquête en ligne, une foule d'activités a eu lieu, mais n'a pas touché tous les gens ni tous les domaines anticipés. Les fournisseurs ou autres intervenants n'ayant pas encore été touchés par les changements attendent encore dans les couloirs de nombreux établissements que l'on ait recours à eux ou que l'on mette leurs compétences à profit dans la prestation de services. Ce ne sont pas tous les citoyens ni toutes les collectivités qui ont été touchés. Les activités réalisées dans un établissement ne visaient aucunement les autres établissements. Certaines provinces, certains territoires ou certaines régions ou collectivités n'ont pas suffisamment de ressources pour poursuivre les initiatives même les plus fructueuses sans un appui supplémentaire. De nombreuses questions persistent quant à la pleine réalisation de l'investissement du FASSP. Une opinion largement répandue a été résumée par l'un des répondants de la façon suivante : « [Nous avons appris que] en fin de compte, nous pouvons aller de la maladie à la promotion... [Il y a] de plus en plus d'incertitude vis-à-vis de la faisabilité de la réforme des soins de santé primaires, de l'aide est nécessaire afin d'y voir clair »^{104,105,106}.

La recension des écrits révèle que les autres pays ayant fait l'objet de l'étude ne dépendaient pas d'un seul fonds important à durée limitée axé sur les soins de santé primaires pour aborder la réforme. Au lieu de cela, ils ont lancé d'importantes stratégies de réforme systémique qui intégraient des volets semblables à ceux explorés dans le cadre de nombreuses initiatives du FASSP. La différence la plus importante se situait au chapitre du financement opérationnel continu et de l'amélioration continue des approches qui favorisent, au fil du temps, un système durable et en constante évolution, notamment en matière de soins de santé primaires¹⁰⁷.

Conclusions sommaires

L'une des principales réponses aux questions d'évaluation, telle qu'exprimée précédemment, serait « oui », que les changements sont durables *si* les conditions gagnantes peuvent rester en place. Il semblerait que la grande partie des organisations nouvelles et améliorées ont été maintenues. Les initiatives prometteuses ont-elles toutes duré, ou peut-on croire qu'elles seront encore en place longtemps? La réponse est déjà « non » pour certains et moins sûre pour d'autres

dont les conditions gagnantes ne sont plus présentes. La nature formative de nombreuses initiatives signifie que leur continuité n'a pas encore été déterminée.

La présence du FASSP durant plusieurs années a été considérée par bon nombre de personnes comme significative. Sa capacité d'influencer le renouvellement actuel et futur des soins de santé primaires a été largement perçue comme substantielle. Par comparaison avec les réformes dans les autres pays, les fonds à durée limitée appliqués à certains secteurs peuvent produire des gains, mais peuvent ne pas produire, de façon intrinsèque, les effets d'une réforme systémique intégrée de façon continue. Comme on l'a indiqué de façon assez générale, la contribution du FASSP a été décrite comme « énorme », mais la durabilité des résultats n'est pas aussi évidente.

Leçons à retenir : pratiques exemplaires, facteurs de réussite

On peut affirmer que les « leçons à retenir » sont traduites dans les données recueillies aux fins de la présente évaluation. Par exemple, le rapport de synthèse très important du FASSP a révélé un grand nombre de « leçons à retenir » en lien avec d'importants secteurs prioritaires des soins de santé primaires : soins en collaboration, gestion et prévention des maladies chroniques, gestion de l'information et technologie, évaluation et expérience¹⁰⁸. En comparaison, on a obtenu relativement peu de rétroaction directe dans l'examen de la documentation, l'enquête en ligne ou les entrevues menées auprès des intervenants en ce qui a trait aux « pratiques exemplaires » et on ne dispose pas de suffisamment d'information pour être en mesure d'évaluer si les exemples fournis représentaient ou non une pratique exemplaire (sans référence à un processus visant à confirmer l'état de « pratiques exemplaires »). Quelques raisons ont été fournies pour expliquer ceci, du genre : l'objectif de l'initiative n'était pas d'élaborer une pratique exemplaire; le répondant n'était pas certain que l'exemple démontré représentait une pratique exemplaire (tout en sachant qu'il s'agissait d'une bonne pratique); ou encore cette incertitude était attribuable au FASSP (qui n'était pas défini ou mis de l'avant de façon succincte). On hésitait parfois également à désigner une pratique considérée « excellente » ou « d'avant-garde » comme une « pratique exemplaire »^{109, 110}.

Les termes « pratiques exemplaires » tendent à être employés dans l'ensemble des examens du système de soins de santé primaires et très souvent, sans que l'on confirme si des procédures sont en place afin de déterminer si une pratique donnée est réellement une pratique *exemplaire*. Une seule initiative de soins palliatifs du FASSP, l'initiative de restructuration du système de soins de santé primaires de l'Île-du-Prince-Édouard, a été définie explicitement par le Conseil canadien de la santé de « pratique exemplaire » – la seule à avoir reçu cette désignation. D'autres initiatives se montraient enclines à invoquer des activités considérées comme exceptionnelles d'une certaine façon ou indiquaient qu'elles avaient visé des pratiques exemplaires puisées à l'extérieur ou utilisé de telles pratiques afin d'élaborer ou de façonner leurs propres initiatives. La trousse d'instruments de gestion des maladies chroniques élaborée par la Colombie-Britannique et le système de gestion financière des maladies chroniques de l'Ontario destinée aux organisations de soins de santé primaires s'est vue attribuer des prix d'excellence. Certaines des initiatives, financées par l'enveloppe multigouvernementale, ont indiqué avoir élaboré, mis en pratique et visé les pratiques exemplaires en lien avec les lignes de santé, la recherche et l'expertise concernant la gestion des maladies chroniques de même que la planification et la prestation de soins en collaboration.

Certaines initiatives ont été mentionnées à plusieurs reprises dans les entrevues, en raison de leur niveau de qualité élevée perçue et de leur vaste potentiel d'applicabilité (l'Initiative Bâtir de meilleurs lendemains, l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, l'Initiative canadienne sur les infirmiers praticiens et infirmières praticiennes, les indicateurs de l'ICIS et autres). D'autres initiatives ont été mises en relief pour leur excellence, ce qui signifie qu'elles ont un bon potentiel de pratique exemplaire, en illustrent une grande transférabilité, comme l'initiative multigouvernementale de la ligne de santé : « Nous avons utilisé une grande partie de leur documentation et de leur cadre de travail afin de procéder à l'évaluation de nos lignes de santé »¹¹¹. De plus, la documentation étudiée relativement à un bon nombre de projets nationaux a révélé que ceux-ci avaient adopté des pratiques exemplaires dans le cadre de leur processus d'élaboration de l'initiative, en ce qui a trait aux soins interdisciplinaires, à la gestion des maladies chroniques et aux indicateurs de qualité. L'initiative des indicateurs nationaux a été invoquée comme *pouvant traduire* une pratique exemplaire, étant donné son examen approfondi et son processus d'élaboration. Parallèlement, le projet des services d'interprétation liés aux soins de santé a permis d'observer que le renforcement de l'accès aux services centralisés en soins de santé primaires faisait figure de « pratique exemplaire »¹¹².

Les réponses fournies dans ce domaine ont également fait valoir les facteurs de réussite ou les facilitateurs qui, selon la documentation, caractérisent plusieurs volets des initiatives et sont cités en exemple à des fins d'utilisation dans d'autres programmes semblables. On est enclin à les définir en termes d'objectifs à atteindre ou d'obstacles à surmonter. On ne dispose pas suffisamment de renseignements de base ou d'information comparative pour être en mesure d'évaluer le degré de la capacité d'un exemple donné à *produire* le changement qu'on lui attribue. Le financement du FASSP a été mentionné comme un important facteur de contribution au succès. On a également recensé un bon nombre de types de facilitateurs importants. Dans le haut de la liste des exemples se situaient les *relations*, telles que formées au sein d'équipes, de réseaux ou de partenariats ou au sein d'autres formes de collaboration entre les fournisseurs de santé et autres intervenants. Le renforcement des liens établis durant le FASSP et de ceux qui ont continué d'exister après coup, sont à la base de la réforme et garants de son progrès de manière générale. En lien avec ceci, la sensibilisation aux attitudes positives, le respect professionnel, la confiance et une compréhension accrue faisaient partie de la gamme de caractéristiques contribuant au succès. Parmi les autres réponses fournies, on a mis en relief les économies d'échelle réalisées par le développement et la collaboration multilatérale et multigouvernementale.

Certaines initiatives ont mis l'accent sur les avantages liés à des processus particuliers, des produits ou des facteurs contextuels ayant facilité la mise en œuvre et les expériences transitoires. Parmi les exemples, on compte la formation interdisciplinaire; une vision commune chez les multiples participants; des exercices de formation d'équipes; une consultation avec les fournisseurs et une participation de ces derniers (des médecins plus précisément); l'arrivée du corps infirmier dans des milieux donnés et l'élaboration d'une myriade de renseignements, d'outils et d'autres instruments de soutien, y compris la participation des médecins, gouvernements, employeurs et autres intervenants dans la réforme et le renouvellement des soins de santé ainsi que son acceptation¹¹³.

Bon nombre de facteurs de réussite semblables à ceux mentionnés dans les expériences du FASSP ont été recensés dans d'autres pays, comme en fait foi l'examen de la littérature, dont : l'accent mis sur la continuité des soins; la transition vers une rémunération qui comprend la capitation et les paiements ciblés pour le nouveau personnel et le matériel; ainsi que l'importance des ordinateurs et systèmes informatiques pour la gestion des dossiers des patients, l'appui à la décision, la gestion et la coordination. L'évolution organisationnelle vers le travail d'équipe et la coopération était également prévalente et considérée comme une approche adéquate, au même titre que la co-occupation et la formation pour les équipes et services interprofessionnels. Tous ces facteurs sont en harmonie avec ce que les initiatives du FASSP et les observateurs ont déterminé comme des facteurs de réussite¹¹⁴. Les facteurs de réussite déterminés par les répondants à l'entrevue étaient semblables à ceux liés à la durabilité, au chapitre du financement et de l'engagement du gouvernement requis pour appuyer la réforme. Des exemples réels inclus, des paramètres de programmes explicites; une planification et une préparation conjointes; des mécanismes en harmonie avec les objectifs souhaités (telles que des approches en collaboration, des incitatifs financiers, la participation des consommateurs, etc.); des chefs de file, des champions, des facilitateurs et des coordonnateurs à de multiples niveaux; le soutien des groupes de travail et des intervenants et diverses formes d'engagement des fournisseurs et intervenants¹¹⁵.

En revanche, les autres points de vue pourraient émaner des différents types d'obstacles ayant été déterminés comme un frein au succès (et dans beaucoup de cas, la manière dont ils ont été surmontés). Les obstacles étaient de petite ou de grande envergure et présents à tous les plans, qu'il s'agisse du plan *systémique* (nature fragmentée continue du système actuel, protection du territoire professionnel ou financement insuffisant) ou de la *prestation de services* (difficultés langagières, manque de connaissance ou compréhension des soins en collaboration ou des rôles, des responsabilités, de la portée et des compétences des fournisseurs). Leurs répercussions sont très variées et considérées importantes pour la réussite du renouvellement des soins de santé primaires. Leur mise en lumière révèle que, malgré l'ampleur de l'investissement du FASSP et l'apparent progrès rapporté, il y a encore beaucoup à faire¹¹⁶.

Conclusions sommaires

Dans les réponses fournies dans le cadre de ce champ d'enquête, bon nombre de « produits » et de processus du FASSP ont été d'une certaine façon associés à des « pratiques exemplaires ». Bien qu'on les ait peut-être désignés ou reliés à ce secteur sans pour autant confirmer le tout, l'importance des initiatives et de leurs facteurs de réussite sous-jacents demeure significative. Il se peut que les exemples de pratiques ou de produits actuels ayant été élaborés durant le FASSP établissent des normes que d'autres pourront imiter et il serait justifié d'en faire l'examen afin d'évaluer leur potentiel de reproduction dans d'autres milieux ou d'autres secteurs de compétence. Parallèlement, les facteurs de réussite sont également des « extraits » tangibles du FASSP, lesquels, si bien compris et appliqués, fournissent les composantes de base d'une fondation plus solide de soins de santé primaires. Réciproquement, il convient de bien cerner et de bien comprendre les obstacles qui ont été mis en lumière, car ceux-ci pourraient éventuellement contribuer à freiner le succès. Néanmoins, l'ensemble des réponses fournies pour ce champ d'enquête invoque la nécessité de faire plus. Le fait de ne pas y prêter attention pourrait freiner la cadence et altérer l'efficacité et l'efficacéité du progrès. Les exemples cités (autant positifs que négatifs) fournissent des extraits importants, des leçons à retenir et des

fondements sur lesquels s'appuyer afin de poursuivre les efforts axés sur la création et l'amélioration d'un système de soins de santé primaires.

Influence globale du programme : le FASSP a-t-il changé les choses?

Cette section regroupe l'information concentrée directement sur le programme du FASSP (au lieu d'être sur les résultats des *initiatives*) et présente des observations en ce qui concerne la mise en œuvre globale du programme. Les commentaires répondent à la question à savoir si le FASSP a eu des effets positifs par ses impacts et ses contributions, et dans quelle mesure, ils soumettent des suggestions dans le but de faire les choses différemment à l'avenir.

Répercussions et contributions

Dans le but d'apporter un complément aux réponses structurées de la demande d'évaluation, de nombreux signes d'éloges et de soutien envers la gestion et la conduite du FASSP ont été exprimés, indépendamment des difficultés rencontrées par les initiatives au cours du programme. Les entrevues ont démontré que le personnel du programme FASSP a reçu un grand nombre d'affirmations positives, en particulier en termes de capacité de réaction, de soutien et d'aide à ceux qui sont dans le secteur. Des signes de « gloire envers les gestionnaires de projets à Ottawa » ont été constatés, montrant la « flexibilité » avec laquelle le programme a été dirigé, et des relations avec le FASSP ont été notées comme « tout un partenariat ». Les répondants ont fréquemment indiqué qu'ils étaient « écoutés » et « entendus ». L'encouragement à faire ce qui est juste à l'égard des différents milieux a été particulièrement apprécié. La flexibilité du FASSP a aussi été reconnue en ce qui a trait à la liberté accordée aux gouvernements pour cibler des initiatives fondées sur les efforts de renouvellement précédents. Le FASSP a été décrit comme un exemple solide de la collaboration fédérale, provinciale et territoriale (FPT)¹¹⁷.

Dans l'ensemble, le FASSP a été généralement bien pensé et comporte certaines restrictions. Près de 80 % des répondants de l'entrevue (n=60) ont fait des commentaires positifs à propos du Fonds, y compris « je l'ai apprécié », « c'est bon pour nous », « une bonne voie à prendre », « excellentes activités », « sensible/excellent » et « manière intelligente de distribuer l'argent dans l'ensemble du pays ». Un certain désir (et frustration) que *plus* aurait pu être fait (un compliment indirect) a aussi été montré. De nombreux répondants ont soutenu la légitimité du FASSP et ont indiqué de diverses façons que ce qui a été fait « n'aurait pas pu se produire » sans le Fonds. Un grand nombre d'illustrations a décrit la manière dont l'approche du Fonds a eu un effet positif en donnant un exemple en lien avec le partenariat du FPT et l'incitation à créer de nouvelles échelles d'engagement et de collaboration des intervenants. Le Fonds a mené plusieurs personnes à une collaboration continue; la communauté autochtone a particulièrement tiré avantage du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) qui s'en est suivie.

Pour ce qui est des répondants de l'entrevue, la structure de l'enveloppe a soutenu un grand éventail de relations et d'occasions en lien avec les soins de santé primaires. Elle a permis différentes voies d'accès au financement, la « protégeant » pour des groupes distinctifs et d'être ramené en recettes générales, dans le but de garder l'accent sur les soins de santé primaires. L'approche a aussi soulevé certaines préoccupations concernant les répercussions sur le terrain. Celles-ci comprenaient un sentiment d'isolement pour certaines personnes, qui se sont senties divisées parmi les différents groupes d'enveloppes sans être totalement au courant des activités qui se déroulaient dans les autres enveloppes, et qui ont pensé avoir peut-être raté l'occasion

d'établir des relations. D'autres commentaires au sujet de l'approche du financement ont soulevé des questions relatives au moment ou au jalonnement des distributions, de même que des contraintes liées au calcul du financement (qui a produit plus pour certains et moins pour d'autres), y compris les avantages et les désavantages qui s'y rattachent¹¹⁸.

De nombreux répondants du sondage en ligne ont renforcé et amélioré la participation à propos du degré de durabilité des répercussions. Dans l'ensemble, 93 % (n=53/57) ont affirmé que le FASSP a eu une *certaine répercussion* ou une *répercussion considérable* (37 % [n=21] ont constaté une *répercussion considérable*). Des 66 personnes qui ont répondu à la question, 48 (73 %) étaient d'accord ou fortement d'accord à dire que leur projet a amélioré l'infrastructure et les systèmes utilisés pour la prestation des soins de santé primaires. De ce groupe, 92 % (n=44) ont ajouté que ce sera le cas dans deux ans. Les répondants du sondage en ligne ont tous constaté que différents intervenants du secteur des soins de santé primaires ont tiré avantage du FASSP. Le public canadien, les médecins de famille, les infirmières praticiennes et les infirmières constituaient les groupes reconnus comme tirant un « certain » avantage direct, ou un avantage direct « considérable », du FASSP. Cinquante-deux pour cent des répondants ont indiqué que le FASSP apportait un avantage « considérable » ou un « certain avantage direct » aux aidants membres de la famille. D'autres réactions ont souligné les répercussions sur la *capacité* en tant que résultat du FASSP. Des 68 répondants du sondage en ligne qui ont répondu à la question à savoir si leur projet avait accru la *base de connaissances* pour fournir des soins de santé primaires, 68 % (n=46) ont affirmé que oui. Quarante pour cent des répondants du sondage en ligne (27/68) ont indiqué que leur projet a *augmenté la capacité de fournir des soins de santé primaires*. De plus, 63 % (n=45/72) des répondants du sondage en ligne ont trouvé que le FASSP avait fait accélérer le *renouvellement des soins de santé primaires*¹¹⁹.

Près de 90 % des répondants de l'entrevue (n=66) ont affirmé un éventail de contributions fait grâce aux initiatives du FASSP, comme rattaché à la connaissance des soins de santé primaires. Bien qu'en reconnaissant les différents points de départ, les contextes et les priorités dans l'ensemble du pays, les commentaires avaient tendance à se rapporter aux bases des soins de santé primaires renforcées et améliorées et aux occasions de mieux comprendre la réforme et d'aller au-delà des structures traditionnelles. Les exemples ont confirmé un éventail d'information et d'apprentissages spécifiques à propos de ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné. Le FASSP a été considéré comme un « énorme » catalyseur pour les projets de recherche et les programmes, et pour amener la sensibilisation, la motivation et l'élan. Également, les mécanismes officiels et non officiels en ce qui a trait au développement de la connaissance des soins de santé primaires (formation, outils, information, conférences, etc.) étaient considérés faire partie du mouvement vers la durabilité (comme des *gains* tangibles relatifs au système et à être utilisés, améliorés et créés au fil du temps)¹²⁰. Des répondants de l'entrevue ont aussi déterminé des initiatives prometteuses comme représentant le pouvoir pour obtenir des normes pancanadiennes sur les soins de santé primaires ou comme bases pour y parvenir¹²¹. De plus, 77 % (n=58) des répondants de l'entrevue ont présenté des exemples à différentes échelles sur la manière dont le soutien du FASSP a eu des effets positifs dans l'atteinte des objectifs et des buts fixés quant aux soins de santé primaires¹²².

Un répondant de l'entrevue a résumé un point de vue apparemment exprimé de manière générale par ceux qui ont eu l'occasion d'y participer. « Le FASSP a été énormément apprécié, un honneur à Santé Canada pour ce qu'ils ont fait, et nous aimerions que ce message soit diffusé. » À ce message a souvent été ajouté la préoccupation que, maintenant que le Fonds n'est plus en place, il n'y a « personne » pour apporter des changements et faire une réforme comme les instituts nationaux dans d'autres pays. Il semble qu'il reste d'importantes préoccupations à savoir si les réformes à ce jour seront poursuivies, si le besoin d'un accent constant et de ressources d'appui continues dans le but de s'assurer que les nouveaux modèles fragiles de prestation de services sont maintenus, et de quelle manière différentes parties du pays pourront continuer à mettre l'accent sur les soins de santé primaires. « Où cela va-t-il nous mener ensuite? » est la question clé qui a été souvent exprimée de différentes façons.

Faire les choses différemment à l'avenir

Les répondants du sondage en ligne et de l'entrevue ont aussi présenté des suggestions sur la manière dont les choses pourraient être faites de façon différente ou sur ce qui pourrait être fait de plus, et se sont posé la question à savoir si un programme similaire au FASSP devrait être employé. Par exemple, de nombreuses réactions ont été exprimées de la part des répondants de l'entrevue (91 % [n=68], faisant de cette question celle qui, de loin, a reçu le plus de réponses) à propos des utilisations à venir du financement fixé et d'autres besoins concernant les soins de santé primaires. Les nombreuses idées exprimées soulignaient de façon générale la valeur continue des sujets présentés par le FASSP, compte tenu des différents domaines d'intérêts particuliers et des points de départ. Les gains déjà en place pour certains correspondent à un nouveau terrain pour d'autres, et, de cette façon, les idées étaient plus axées sur les activités rattachées aux soins de santé primaires et menées à bien au cours du FASSP, afin d'essayer, de renforcer, d'examiner, d'étudier les apprentissages et d'en tirer avantage, de finir le travail non terminé et de permettre aux autres d'examiner les domaines qu'ils n'ont pas pu traiter au cours du programme.

Des sujets particuliers soulevés dans le but de faire l'objet d'un approfondissement plus poussé, comprenaient des liens entre les soins de santé primaires et le reste du système (y compris l'attention portée sur les autres secteurs en particulier, comme les soins de longue durée); le renforcement des capacités communautaires; les mécanismes de durabilité; davantage de soutien pour la recherche, les connaissances et le transfert d'information; et davantage d'attention sur la technologie de l'information et autres applications technologiques pour le milieu interdisciplinaire de collaboration (et en lien avec ces sujets se trouve la préparation de la capacité des fournisseurs dans ce secteur, définie par le rapport de synthèse comme une priorité numéro un pour le pays)¹²³. La difficulté, suite au FASSP, est la manière d'amener tout le monde à l'échelle de ce qui est possible en matière de soins de santé primaires.

Lorsqu'ils en avaient l'occasion, les répondants du sondage en ligne ont défini un certain nombre de choses qu'ils aimeraient qui soient faites probablement différemment. Certains répondants ont senti que les délais fixés constituaient un problème – trop courts ou contraignants. De plus, il a été conseillé que le programme aurait dû être mis en place pendant une période de plus de dix ans pour que des changements fondamentaux aient lieu et pour que des résultats sensés et mesurables soient produits¹²⁴. La rédaction de propositions était difficile pour certains répondants qui ne possédaient pas d'expérience dans ce secteur. Un intervenant a observé qu'il

était plus facile pour ceux qui ont souvent eu à écrire des propositions, mais qu'il est possible que cela n'apporte pas une représentation appropriée des fournisseurs du « secteur » participant à ces exercices – insinuant par le fait même un besoin de soutien ou d'aide pour ceux qui ont moins d'expérience en matière de rédaction de propositions¹²⁵.

L'approche de financement au prorata de l'enveloppe des provinces et territoires a été critiquée, en particulier parce qu'elle a une répercussion négative sur les plus petits territoires canadiens. Un certain nombre de répondants interrogés ont indiqué la similarité des "coûts de base" de certains changements et sont allés plus loin en proposant qu'un montant "de base" pourrait être déterminé pour chacun des gouvernements. Le reste de l'attribution de leur enveloppe pourrait ensuite être distribué au prorata de la population. Des préoccupations ont également été exprimées à propos des retards en matière de financement et, à obtenir des réponses concernant l'octroi de prolongation. Pour cette initiative ou enveloppe, le fait de déléguer des fonctions bancaires à un gouvernement à l'extérieur de Santé Canada a créé un certain nombre de problèmes reliés aux questions juridiques, aux retards et autres. Il a été suggéré que cela aurait pu être mieux si Santé Canada avait agi en tant que banquier pour toutes les opérations.

À la base, les plans pour embaucher le personnel approprié ont eu à attendre après l'argent, ce qui a engendré des retards pour trouver et embaucher du personnel une fois que les fonds étaient accessibles, ce qui a eu des répercussions sur le lancement du projet. La conciliation de différentes exigences administratives quant au Fonds constituait aussi une préoccupation. Certaines des initiatives intergouvernementales ont été confrontées à des enjeux pour ce qui est de la création de partenariats, et, dans un cas, des partenaires gouvernementaux ont laissé le projet après qu'il ait été commencé, ce qui a eu des incidences négatives¹²⁶. De façon très générale, de nombreuses observations ont été faites à propos du programme de sensibilisation de la population. Selon les propres observations des répondants de l'entrevue et les réactions qu'ils ont reçues du public, il y avait un sentiment que le programme n'a eu aucun effet positif, démontré par le commentaire suivant : « ils n'ont pas pensé que le citoyen ordinaire ne savait même pas de quoi il s'agissait »¹²⁷.

Un nombre important de ressources ont été produites par les initiatives du FASSP. Ces ressources comprennent les trousseaux d'outils, les directives, les recommandations, les manuels, les guides, les rapports d'ateliers et de conférences, les programmes d'enseignement, les CD sur l'établissement d'organisations, la sensibilité culturelle et autres. Certains répondants ont eu de la difficulté à accéder à l'information. Comme un répondant a dit, « il doit bien y avoir un abrégé complet de ce qui a été fait ». D'autres ont averti qu'il serait intelligent de ne pas perdre cette énorme ressource, suggérant qu'elle devrait être consolidée en entier et organisée en un endroit afin qu'elle soit accessible au téléchargement. Les personnes interrogées ont présenté une importante préoccupation que la richesse de l'information produite par le FASSP soit rendue accessible aux médecins, aux chercheurs, aux universitaires, aux professeurs, aux étudiants, au personnel du domaine des politiques et autres — dans le but de continuer à appuyer le progrès en matière de soins de santé primaires¹²⁸.

De nombreux commentaires ont été exprimés en entrevue à propos de la signification de ce qu'une personne a appelé « le réseau des réseaux » formé qui « [...] aurait pu ne jamais avoir eu lieu sans le FASSP »¹²⁹. Les relations bâties à toutes les échelles ont été critiquées et « nous ont

donné l'occasion de travailler ensemble dans ce pays d'une grande façon, ce qui a été fabuleux ». Les personnes réunies par le FASSP ont indiqué qu'elles pouvaient comparer les enjeux, les réalisations, les réponses aux questions et plus. L'information a été aisément partagée et il y avait une importante ouverture d'esprit. De nombreuses personnes se sont plaintes que, maintenant qu'elles savent qui appeler, ce n'est plus pareil, et qu'« il serait bien que le gouvernement fédéral puisse continuer à jouer un rôle pour que le Fonds continue »¹³⁰.

Le point de vue provincial/territorial a amené deux suggestions qui se rapportent à donner forme au programme dès le début, créant des conséquences quant à ses legs. En premier lieu, il y a la structure fédérale et les questions gouvernementales du Canada en soins de santé. En lien avec une vision partagée des soins de santé primaires et le potentiel pour Santé Canada de présenter certains résultats voulus à partir d'une échelle nationale, il a été supposé que si Santé Canada avait joué un rôle plus imposant et directeur, des protestations se seraient produites — mais silencieusement il y aurait probablement eu certaines acclamations. De plus, il a été suggéré qu'il aurait pu être bénéfique d'avoir fait la promotion de discussions antérieurement à propos des plans de durabilité et de la manière dont ils ont été abordés dans différents gouvernements — pour anticiper les forces et les faiblesses quant au pouvoir de promouvoir le progrès continu.

Conclusions sommaires

Dans tous les champs d'enquête, il a été démontré et il peut être conclu que le FASSP avait établi des bases pour l'avenir (si réalisé en entier). Bien que la vraie ampleur des changements positifs attribuables au FASSP ne peut pas être évaluée à partir des données, il est aussi raisonnable d'affirmer que le FASSP a eu un effet positif à de nombreuses échelles du système. Ce fait est renforcé directement par les résultats observés dans les champs d'enquête. Le programme en soi a établi un exemple important de la collaboration FPT, reproduite par les initiatives à travers le pays. La structure de financement du programme a gardé l'accent sur les soins de santé primaires et a permis à des groupes qui n'auraient autrement peut-être pas eu accès au financement de participer. Des priorités importantes ont été examinées, des changements positifs ont été observés dans des pratiques, des stratégies et des éléments relatifs aux soins de santé primaires, et la vitesse de la réforme concernant les soins de santé primaires a été accélérée dans l'ensemble.

Des répercussions positives ont été déterminées dans la base de connaissances et dans les expériences des fournisseurs et de certains citoyens et communautés. De nombreuses initiatives ont reçu du soutien continu suite au FASSP. Des gains ont été exprimés en termes de bases des soins de santé primaires renforcées, actuellement et dans l'avenir. Des ressources et des relations ont été créées et, si elles sont maximisées et soutenues, promettent la promotion d'une réforme continue. Les répondants ont en général expliqué de manière explicite que le FASSP a produit un effet positif et que de tels changements n'auraient pas eu lieu, ou n'auraient pas été au même degré, sans le FASSP.

Même la critique a suggéré de s'attendre à une chance de mener à nouveau un tel programme qui soit *meilleur*, sans abandonner la stratégie. Effectivement, un rôle plus important pour Santé Canada a été insinué pour établir des directives et s'assurer que les objectifs sont atteints, ainsi que pour appuyer l'établissement de ressources centralisées afin qu'elles soient accessibles par tout le monde et que tout le monde puisse les mettre à jour. Des demandes ont été faites pour

continuer le soutien dans un certain nombre de secteurs, particulièrement dans le but de tirer avantage des gains obtenus par les relations et les ressources établies au cours du FASSP, afin de conserver l'élan de la réforme sur les soins de santé primaires. Le désir de continuer d'agir est mené par des préoccupations raisonnables auxquelles la réforme ne manquera pas ou sera dominé par les autres intérêts du système. Des signes de soutien et de préoccupation ont fourni de fortes indications que le monde *veut généralement faire plus* et que *plus reste à faire*.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Conclusions d'ensemble

En général, les données laissent à penser que le FASSP a permis la réalisation d'une grande partie de ce qui était planifié et qu'il a suscité un grand respect grâce aux résultats qu'il a produits. On a reconnu son influence considérable sur les soins de santé primaires dans divers milieux à travers le Canada. Ceux qui ont pris part à l'évaluation se sont dits reconnaissants d'avoir eu l'occasion de s'appuyer sur le *changement*. Le FASSP a mené à un éventail considérable d'activités qui étaient, de manière générale, en accord avec les objectifs du programme, conformes au renouvellement des soins de santé primaires et en harmonie avec les tendances et les pratiques internationales. Des progrès ont été réalisés et malgré les difficultés qui sont survenues lors de la mise en œuvre du Fonds, les résultats, les répercussions et les leçons à retenir ont donné lieu à une expérience riche qui permettra d'influencer la conception de programmes similaires dans l'avenir. Au même moment, le fait de conclure complètement et de donner des suggestions apporte à l'équipe d'évaluation un cercle complet pour réexaminer les suppositions essentielles à propos des objectifs, des questions d'évaluation et de l'influence d'ensemble du programme du FASSP.

Le FASSP visait de manière générale à atteindre des objectifs de plus grande envergure liés au système, comme articulé « au sommet » par les premiers ministres. Les objectifs du FASSP (en matière d'accès, de prévention ou de promotion, de service 24 heures sur 24 et 7 jours semaine, d'équipes interdisciplinaires et de coordination ou d'intégration avec les autres services) établissent les directions, les objectifs et les espoirs en ce qui a trait au renouvellement des soins de santé primaires et de l'intégration du système. Les questions d'évaluation du FASSP ont cerné des éléments clés du système (y compris le financement, l'organisation, l'infrastructure, la connaissance/capacité, la politique/législation et les répercussions sur les fournisseurs) pour lesquels un changement lié aux soins de santé primaires était anticipé. Les deux domaines ont produit et défini d'importants facteurs en lien avec la durabilité continue ou la capacité d'un élan continu, et les facteurs (meilleures pratiques, indicateurs de succès et barrières) qui ont fait la promotion des gains ou ont arrêté le progrès. Ensemble, tous ces éléments examinés pour l'évaluation sommative ont produit un sentiment global d'influence, de répercussion et d'importance du programme.

Des conclusions plus ciblées tirées de la synthèse des résultats et des conclusions concernant les objectifs du FASSP et les questions d'évaluation indiquent de manière directe les mesures immédiates et éventuelles à prendre. Par exemple, le peu d'ampleur avec laquelle les objectifs du FASSP ont été exprimés, sans autres critères directeurs, a donné lieu à un large éventail

d'interprétations possibles et de réponses sélectives, de même qu'à un manque d'information produite pour assurer ou évaluer le progrès ou la réalisation complète du Fonds. Dans l'ensemble du Canada, il y a un grand nombre d'excellents exemples de la présence d'organisations, d'équipes, de processus et de ressources qui n'existaient pas auparavant ou qui étaient moins présents. Les résultats d'un grand nombre des initiatives du FASSP restent, toutefois, de nature *formative*, et le changement doit en être *déduit* et, dans de nombreux cas, reporté dans un avenir qui n'a pas été déterminé dans la portée du FASSP. Pour un grand nombre d'intervenants, le temps a manqué pour accomplir entièrement les objectifs de soins de santé primaires visés. Dans l'ensemble, les résultats du FASSP sont très prometteurs pour le Canada et on le constatera *un jour* quand le plein potentiel de ce qui a été réalisé sera intégralement exploré, appliqué et transféré.

Les résultats des questions d'évaluation du FASSP propres à certains secteurs explorés ont pour thèmes les mêmes que ceux qui avaient été déterminés en lien avec les objectifs du FASSP. Les attentes, soit les objectifs du FASSP antérieurs à la mise en œuvre, ont permis l'obtention d'un éventail de résultats possibles, mais ont aussi entraîné certaines difficultés à l'étape de leur présentation et de leur évaluation. Des changements exemplaires ont été observés, des initiatives ont permis de lancer et d'accélérer des réformes et une quantité considérable d'activités qui ont été réalisées pendant le FASSP et qui se poursuivent encore aujourd'hui. La courte période pour explorer les implications connexes et, dans bien des cas, la fragilité des gains, a aussi été soulignée, même pour ce qui est des initiatives qui ont été couronnées de succès. Les questions de durabilité ont constitué une constatation importante de l'évaluation sommative, comme l'a été la détermination des obstacles importants. Le fait que des ressources aient été créées sans l'occasion appropriée d'appliquer ou de maximiser leur potentiel a aussi été souligné. L'absence de suivi et de soutien au moment où les projets prenaient fin a également suscité une grande insatisfaction.

Recommandations

Six recommandations essentielles ont découlé de l'intégration et de l'analyse des quatre sources de données. La première recommandation souligne les mesures qui pourraient être prises *dès maintenant* pour tirer avantage de l'élan et des ressources générées par le FASSP. Les autres recommandations traitent des éléments dont il faudra tenir compte dans l'élaboration future de programmes ayant des particularités similaires au FASSP. Les recommandations sont les suivantes :

- 1: Continuer sur la lancée et mettre à profit les éléments de continuité du programme *dès maintenant*
- 2: Reproduire et mettre à profit les points forts du programme
- 3: Renforcer les secteurs du programme soulevés des difficultés
- 4: Améliorer et renforcer les objectifs du programme et la cohérence des résultats
- 5: Mettre plus d'emphasis sur l'attention au public
- 6: Continuer de mettre l'accent sur l'appui à un plus grand éventail de professionnels des soins de santé primaires.

Recommandation 1 : Continuer sur la lancée et mettre à profit les éléments de continuité du programme dès maintenant

Les notions de temps et de choix du moment sont au centre d'une mise en œuvre réfléchie et de la compréhension de la nature et de l'étendue du succès pour une initiative à l'échelle du FASSP. Les répercussions globales du programme ne seront pas connues pour encore quelques années puisque l'élan de la création de relations, de rapports et de ressources qui s'est produit a évolué en des échanges plus sérieux liés à la réforme de première ligne quant à la prestation de services et l'intégration programmatique.

Les programmes comme le FASSP catalysent de tels changements, mais l'élan créé par les initiatives est critique dans ce cas-ci. Il y a un risque que les résultats obtenus par l'investissement considérable du FASSP ne soient pas aussi importants que souhaités, en raison du manque de mécanismes pour que de nombreuses nouvelles initiatives de changement continuent. Il y a un réel danger que les ressources telles que les sites Web ne fassent que vieillir et devenir redondants, et que les nouvelles relations ne soient pas préservées, si les ressources pour les garder actives, actuelles et accessibles ne sont pas présentes.

Indépendamment de savoir si un autre programme similaire est envisagé dans l'avenir, les deux prochaines suggestions pourraient être maintenant examinées afin de maximiser l'énorme pouvoir de ce qui a déjà eu lieu.

- **Envisager la conception d'une réserve ou d'un mécanisme central par lequel accéder aux ressources établies au cours du FASSP.** Les initiatives du FASSP étaient remplies d'exemples de la quantité de petits changements mis en place qui ont mené ou peuvent mener à des transformations beaucoup plus importantes. Il s'agit en partie de l'effet catalytique. Les projets ont créé une énorme richesse de résultats qui doivent être obtenus, consolidés et rendus plus accessibles et consultables. Ce riche ensemble de ressources doit être conservé suffisamment longtemps afin de maximiser l'investissement fait pour produire les ressources. Les rapports de projets et de synthèse, les trousseaux d'outils, les directives, les manuels, les rapports sur les ateliers, les conférences et les réunions, le matériel didactique, les CD et les DVD sur l'établissement des soins de santé primaires, la gestion des maladies chroniques, la sensibilisation aux réalités culturelles et autres sujets devraient être aisément accessibles afin de soutenir le renouvellement continu des soins de santé primaires. Un grand nombre des ressources sont affichées sur divers sites Web ou ont été localisées, ou bien, dans le cas des CD et des DVD, elles sont simplement gardées dans les bureaux.

Il serait profitable à tous si toute l'information et toutes les leçons à retenir de ces nouvelles pratiques et de ces nouveaux modèles prometteurs, de même que les nouvelles ressources établies, pouvaient être disséminées efficacement ou rendues complètement accessibles à tous les fournisseurs, les responsables de politiques et, bien sûr, les décideurs, à petite, moyenne et grande échelle du système. D'autres intervenants qui sont touchés par les changements ou qui en font le suivi ou l'étude (le public, les chercheurs et les médias) profiteront aussi de la facilité d'accès à de l'information pertinente.

Les répondants ont fait une très forte suggestion qui explique que *toute cette information*

devrait être localisée et réunie en une seule mine d'information et sur un site Web pour l'information qui se trouve dans ce format, afin que les médecins, les fonctionnaires, les universitaires, les étudiants, les chercheurs et autres puissent accéder à ces ressources et continuer d'en tirer avantage. Cela ne signifie pas que certains des autres sites Web créés par des initiatives doivent être arrêtés, mais cela signifierait que l'information pourrait être mieux consolidée et protégée de façon centralisée également, afin que tout le monde puisse l'utiliser.

Une considération connexe, compte tenu de l'ampleur des ressources et du besoin de continuer à soutenir le renouvellement continu des soins de santé primaires, est de *soutenir des mesures afin que l'information du site reste actuelle* (comme un processus pour mettre le site à jour, ajouter du nouveau matériel, etc.), de même que le soutien du personnel pour aider les utilisateurs éventuels de l'information à tirer avantage des ressources et à s'assurer que les outils restent totalement fonctionnels et pertinents. Les ressources fixées pourraient peut-être apporter beaucoup quant à la réalisation de résultats considérables que ce qui est actuellement observé. Cette mesure pourrait permettre la multiplication des avantages apportés par les résultats du FASSP en soutenant quels gains ont été faits, tout en aidant les autres à aller de l'avant.

- **Considérer l'appui du développement d'une certaine forme de réseau lié aux soins de santé primaires ou une occasion post-FASSP de bâtir des relations et d'autres liens établis pendant le programme.** Le réseautage intergouvernemental appuyé par le programme du FASSP a été un « succès monstre » et certains répondants ont demandé à ce qu'il continue d'être soutenu. D'énormes avantages ont été tirés du réseautage officiel et non officiel soutenu par le financement du FASSP, les réunions financées et l'appui continu au programme. Il s'agit évidemment d'un secteur d'intérêt général sur lequel on devra bâtir les programmes à venir. La majorité des répondants qui ont participé aux initiatives du FASSP, en particulier dans les gouvernements provinciaux ou territoriaux, déplorent le manque du réseautage soutenu alors qu'ils font avancer les soins de santé primaires dans leur gouvernement. De nombreux répondants ont demandé s'il y avait une façon quelconque de développer un certain soutien pour le Fonds, du moins sous forme de réunions de suivi ciblées et d'occasions d'échanger des résultats, maintenant que leurs priorités sont bien définies.

Considérations quant aux initiatives de financement qui seront mises en œuvre dans l'avenir

Les recommandations suivantes se rapportent aux considérations éventuelles pour des initiatives de financement dans l'avenir comportant des éléments similaires à ceux du FASSP. En général, un groupe d'intervenants de haut niveau devrait être organisé dans le but de faire l'examen des grandes forces et faiblesses du programme du FASSP et de prendre en considération les façons de maximiser le potentiel de ce qui a déjà été fait. L'examen ouvert de ce qui a donné des résultats et de ce qui n'en a pas donné peut diriger l'attention sur ce qui pourrait être reproduit dans d'autres milieux, de même que les questions à surveiller. Les éléments suivants pourraient être examinés dans le cadre d'un tel exercice.

Recommandation 2 : Reproduire et mettre à profit les points forts du programme

Parmi les nombreux points forts démontrés par le programme du FASSP et qui valent la peine d'être réitérés, quelques-uns méritent particulièrement d'être reproduits et améliorés :

- **Le personnel responsable de programme d'initiatives similaires dans l'avenir, devrait posséder le niveau de capacité des gestionnaires et du personnel du FASSP, en particulier en ce qui a trait au partenariat provincial/territorial.** Le modèle du programme de grande collaboration démontré par le FASSP devrait être réitéré. La gestion et le personnel du programme du FASSP constituaient une force majeure dans l'exécution du programme, comme exprimé de manière générale par les répondants. La capacité démontrée en matière de partenariat fédéral-provincial-territorial a été un point particulièrement fort. Le fait d'avoir du personnel de soutien qui voyait son rôle comme celui d'un « partenaire » flexible et réceptif pour le personnel de d'autres gouvernements, de même que pour les responsables des initiatives, a grandement contribué aux nombreuses réussites du programme. Le personnel qui sera responsable de programmes similaires dans l'avenir devrait être préparé de fonctionner de façon similaire afin de reproduire les réussites que le personnel du programme du FASSP ont obtenues.
- **Songer à poursuivre l'approche « de lancement et d'accélération ».** La flexibilité de permettre de tirer avantage du travail de renouvellement des soins de santé primaires antérieur en plus de mettre en place de nouvelles initiatives a été vue comme un réel avantage pour les gouvernements. Elle a contribué à l'élargissement de l'éventail des réussites observées au cours du FASSP. Tout programme de financement qui sera établi dans l'avenir devrait conserver cette flexibilité. Cette approche permet de reconnaître le travail fondamental fait précédemment qui pourrait être accéléré ou augmenté, et de stimuler l'innovation par la création de ressources ou approches nouvelles. Ces caractéristiques seraient très utiles aux nouveaux critères de financement du programme.
- **Poursuivre l'utilisation des ressources ciblées.** Les aspects de focalisation, de « protection », et de facilitation des ressources ciblées structurées en enveloppe ont été considérés comme un autre point fort du FASSP, mais avec certains avertissements (voir la prochaine recommandation). On pourrait continuer cette approche et l'appliquer à des secteurs comme ceux suggérés par les données, afin de continuer les initiatives ou de les créer, de même que d'examiner les nouveaux secteurs qui s'y rattachent. Également, davantage de ponts pourraient être établis entre des initiatives similaires ou complémentaires dans différentes enveloppes, dans le but d'augmenter les synergies possibles pouvant être obtenues par les projets et le programme en général.

Recommandation 3 : Renforcer les secteurs du programme qui ont soulevé des difficultés

Voici un certain nombre de suggestions rattachées aux questions de temps/moment, financement, propositions et reddition de comptes, qui ont découlés des autres enjeux identifiés au programme du FASSP et qui seraient avantageux d'améliorer la prochaine fois :

- **Envisager un plus long cycle de financement du programme.** Certains résultats n'ont pas été obtenus en raison de l'échéancier limité du FASSP. Une période de cinq ans est

probablement trop courte pour permettre à un changement fondamental de mûrir au point de produire des résultats concrets. La durée du projet a été considérée trop courte par de nombreux répondants. D'importantes préoccupations ont été exprimées quant au peu de temps pour préparer et pour mettre en œuvre les initiatives et ensuite travailler à la réalisation de changements fondamentaux avant la fin du projet. Certains ont suggéré qu'une période de dix ans permettrait au changement fondamental de faire son chemin et d'allouer un temps suffisant pour réellement produire des résultats concrets.

- **Renforcer la capacité administrative afin d'éviter des retards quant au financement.** La considération de la période de financement des projets nécessite une attention particulière. Un certain nombre de répondants ont indiqué que les délais de financement retardent le développement des projets. Un examen devrait être fait à voir que cela ne se produise pour les programmes qui auront lieu dans l'avenir.
- **Songer à réviser les exigences en matière de reddition de comptes.** De nombreux types de préoccupations par rapport à la production de rapports ont été exprimés. La fréquence de la production de rapports pourrait possiblement être réexaminée, compte tenu des exigences globales, des multiples enveloppes et de l'ampleur de la production de rapports concernés qui en découlent. Il est aussi possible que l'alignement et la fréquence d'application des exigences de production de rapports soient examinés pour mieux répartir la charge de travail relative aux initiatives et diminuer la redondance. En outre, on a jugé que les rapports finaux devaient être surtout axés sur les exigences particulières du programme et les résultats escomptés, mais cela ne permettait pas ou ne semblait pas encourager la production de d'autres rapports concernant d'autres réalisations valables ou résultats escomptés afin d'en partager le potentiel. L'examen de la fréquence des rapports, des exigences sur le contenu et de la flexibilité à inclure d'autres « merveilles » à la disposition d'autres personnes pourrait possiblement renforcer la valeur et la capacité du processus de production de rapports. Les programmes de financement qui auront lieu dans l'avenir tireraient avantage d'une attention plus grande portée sur les faits qui soutiennent si les résultats escomptés, de même que les résultats non escomptés, ont été obtenus. L'augmentation de la production de rapports, de la recherche et de l'analyse des résultats contribuerait de manière plus efficace aux politiques qui seront mises en œuvre relativement aux soins de santé primaires et à d'autres programmes similaires. Dans l'ensemble, les exigences de reddition de comptes pourraient être adaptées pour renforcer les faits accessibles à partir des données de projets sur le Web et des heures supplémentaires cumulatives, pendant et après le programme afin de soutenir tous les résultats.

Recommandation 4 : Améliorer et préciser les objectifs du programme et la cohérence des résultats

L'obtention de résultats plus uniformes et plus cohérents est fortement souhaitée en ce qui a trait aux objectifs de la réforme sur les soins de santé primaires au Canada. Le degré de collaboration démontré pour interagir à travers les échelles du système et des gouvernements et pour développer de nombreuses ressources ayant des forces qui comprennent leur applicabilité en matière de soins de santé primaires à travers le Canada démontre l'enthousiasme des intervenants à travailler à obtenir des objectifs similaires, s'ils ne sont pas pareils. Les deux prochaines suggestions indiquent l'utilité de mettre en balance les options des différents gouvernements à

faire les choses différemment avec la forte impulsion concernant les soins de santé primaires à travailler pour des buts communs.

Dans tout programme qui sera mis en place dans l'avenir, l'amélioration des objectifs du programme et du processus de collaboration central, dans le but de renforcer la capacité de réalisation, d'applicabilité et de cohérence des approches et des résultats d'ensemble en termes de soins de santé primaires, pourrait conduire à des résultats plus efficaces en accord avec les objectifs. Par conséquent, des objectifs et des exigences de reddition de comptes articulés, soutenus par une capacité centrale à l'échelle du programme afin de s'assurer que les choses restent en place, pourraient améliorer la capacité d'un retour plus ciblé sur l'investissement considérable qui a été fait.

- **Améliorer les objectifs dans le but d'augmenter l'uniformité et la cohérence.** Si la flexibilité était le but rattaché à l'exposition des objectifs du FASSP, cet élément a été certainement réalisé sous la forme des nombreuses initiatives diverses qui ont été mises en place. Au même moment, toutefois, l'ampleur articulée par les objectifs, soit intentionnelle ou non, a contribué aux enjeux, comme indiqué dans les conclusions, et beaucoup d'éléments restent à être déduits. De nombreux compromis contrecarrent les bonnes intentions pour que le programme soit flexible, y compris les différences dans les interprétations des objectifs; de la sélectivité pour répondre à certains (mais pas à tous) de ces objectifs; de la diversité et de l'ampleur quant à l'éventail d'activités à être suivies, rapportées et évaluées; et du risque de l'insuffisance d'information globale générée pour comprendre les résultats ou confirmer le progrès. Un programme de financement qui aura lieu dans l'avenir pourra probablement tirer avantage d'objectifs et de critères plus concis, non seulement dans le but d'améliorer la capacité de la réalisation et de la transférabilité des résultats, mais aussi de contribuer à des bases plus cohérentes grâce auxquelles un progrès constant et uniforme en matière de soins de santé primaires peut être fait afin que tous les professionnels de la santé canadiens et les citoyens à qui elles servent en tirent avantage.
- **Il est possible que Santé Canada songe à prendre une position plus ferme quant aux exigences et aux critères permettant de renforcer la surveillance et l'évaluation de l'atteinte des objectifs du programme.** Dans le cadre approprié, en raison des réalités d'un système fédéral, un certain nombre de répondants se trouvant à l'extérieur et à l'intérieur du gouvernement ont indiqué qu'il pourrait y avoir un avantage considérable à ce que Santé Canada prenne une position plus ferme dans certains secteurs. Une telle position pourrait possiblement promouvoir et produire des objectifs et des exigences plus définis afin de les réaliser et des résultats plus constants pour qu'ils soient plus facilement transférables. Parmi les autres avantages, cette position pourrait contribuer à la réalisation d'une vision plus unifiée relativement aux soins de santé primaires du Canada et permettre de s'assurer que tous les bénéficiaires de financement participent activement aux contributions importantes (comme l'information et la participation à l'évaluation) pour que tous les Canadiens en tirent avantage.

Recommandation 5 : Mettre plus d'emphase sur l'attention au public

Les conclusions reflètent qu'en général le programme du FASSP a accordé plus d'attention sur les fournisseurs plutôt que sur le public, ce qui n'est pas irraisonnable compte tenu de l'attention

du système de santé et des avantages sous-entendus des changements *pour le public*. Au même moment, si l'éventail complet des avantages escomptés des soins de santé primaires devait être obtenu (plus grande attention sur la prévention des maladies et la promotion de la santé), le public aura besoin de plus de préparation que ce qui a été donné pendant le FASSP.

- **Considérer une attention plus directe sur le renforcement des capacités du public, et non pas seulement sur l'introduction de fournisseurs à cette fin.** Afin d'accélérer le changement vers les buts des soins de santé primaires, le système de santé tirerait avantage du renforcement plus direct des capacités de la population. Le public tirerait avantage d'une attention plus exclusive pour renforcer la capacité quant aux soins auto-administrés, à l'autogestion et à une meilleure utilisation des ressources du système de santé. L'augmentation des connaissances à ce que nous devons faire permettrait d'augmenter la satisfaction du public et des fournisseurs et de renforcer leur pouvoir de partenariat pour améliorer la santé et les soins, et de changer le système pour qu'il soit plus centré sur le public. Au cours du FASSP plusieurs mesures et ressources ont été élaborées et il serait pertinent pour les programmes de financement à venir d'en tirer profit.
- **Se pencher sur la conception d'un message plus concis pour toutes les campagnes « nationales » de sensibilisation relativement à la réforme des soins de santé primaires.** Toute campagne de sensibilisation du public devrait être abordée et établie en prenant soin de s'assurer qu'elle est en accord avec le programme et les objectifs en matière de soins de santé primaires, qu'elle soutient les autres secteurs d'activité du programme et qu'elle comprend des mesures pour s'assurer qu'elle est bien comprise par son public (et si ce n'est pas le cas, pourquoi). Des préoccupations ont été exprimées que la campagne de sensibilisation du public et que les messages que celle-ci voulait véhiculée à propos de ce qui allait se produire en termes d'initiatives n'ait pas été comprise du public. Pour les gouvernements qui participaient déjà à l'activité relative aux soins de santé primaires, la campagne a aussi échoué dans sa tentative de clarifier qu'une telle activité était déjà en accord avec ce qui se faisait pendant le FASSP. (Au lieu que ces activités soient applaudies et que des liens soient tracés par rapport aux objectifs du FASSP, la campagne n'a ajouté que de la confusion à propos de l'initiative aux soins de santé primaires déjà en marche, comparé à ce qui devait être articulé pendant le FASSP).

Recommandation 6 : Continuer de mettre l'accent sur l'appui à un plus grand éventail de professionnels des soins de santé primaires.

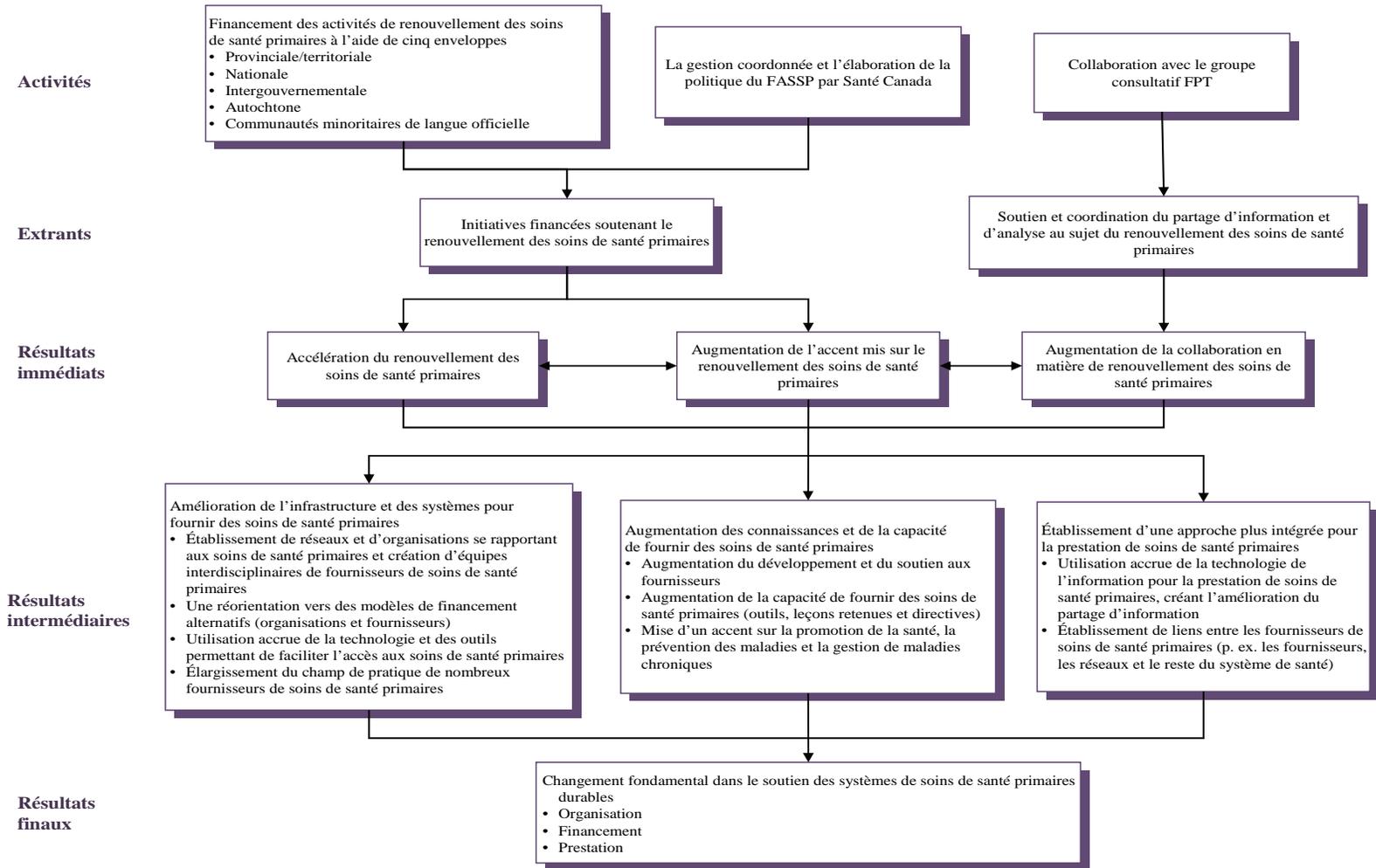
Tel que démontré par le sujet d'un grand nombre d'initiatives du FASSP, une attention considérablement prédominante a été portée sur les médecins et les infirmières. Bien qu'une telle attention ne fût pas contraire, l'objectif global était d'embaucher un plus grand éventail de professionnels de la santé dans le secteur des soins de santé primaires. Bien que certaines initiatives aient porté une telle attention, il est évident, selon les conclusions, que nous aurions dû faire plus pour élargir les relations des activités interprofessionnelles existantes et continuer le travail fait pour incorporer davantage de types de professionnels de la santé dans des réformes prometteuses. On a beaucoup appris à ce sujet pendant le FASSP, y compris les éléments facilitateurs de ce processus et les barrières auxquelles il a été confronté. Un tel travail pourrait être pris et mené à bien, et un soutien ciblé pourrait être fourni (comme cela a été fait pour les

fournisseurs choisis pendant le FASSP), afin de s'assurer de l'étendue des possibilités pour tous les fournisseurs de soins de santé primaires, dans le but d'optimiser leurs compétences par une utilisation plus efficace des nouvelles approches et de retirer les barrières qui les en empêchaient.

En résumé, les résultats du FASSP ont suscité un sentiment d'appréciation général quant à l'influence et à l'importance de la contribution de ce Fonds ainsi qu'à l'élan qu'il a créé. Ils ont également engendré par ricochet un besoin, un désir, de l'empressement, de l'espérance et de la frustration face à la certitude que *nous devons faire plus*. Le message à retenir est peut-être que le FASSP a été, d'une myriade de façons, un catalyseur de changement doté d'une souplesse et d'une capacité d'adaptation relativement aux besoins et à la dynamique des populations et des décideurs de tous les échelons à travers le pays. Toutefois, sa force est aussi une faiblesse, puisque des attentes explicites n'ont pas été fournies au sujet de la manière dont les différents projets s'inscrivent dans une plus grande approche à long terme pour réellement transformer de manière radicale les soins de santé au Canada.

ANNEXE A

MODELE LOGIQUE DU FONDS POUR L'ADAPTATION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES



ANNEXE B

MÉTHODOLOGIE ET DIFFICULTÉS

L'évaluation sommative du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) devait avoir lieu durant la dernière année du programme (2006-2007), avant que le Fonds prenne fin. L'Alder Group a commencé son travail au premier trimestre de 2007. La démarche générale visait l'obtention de données sur les répercussions et la réussite du programme. La méthodologie utilisée consistait en un cadre d'évaluation des objectifs du FASSP et des questions d'évaluation clés permettant d'examiner les résultats, les répercussions durables et les leçons à retenir. La majeure partie du travail a porté sur les résultats liés aux *initiatives*, mais l'influence globale du programme a aussi été examinée.

Fait important dans le contexte de cette évaluation sommative, le *Cadre d'évaluation du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires* (juin 2004) prévoyait un certain nombre de difficultés relativement à l'évaluation de programme du FASSP, notamment la complexité de celui-ci, les besoins particuliers et les diverses étapes du renouvellement des soins de santé primaires propres à chaque province et territoire, ainsi que les diverses initiatives en ayant résulté pour chacune des cinq enveloppes budgétaires. Chaque initiative devait comporter des activités d'évaluation et de diffusion.

Il est également à noter que le FASSP a assuré le financement des provinces et territoires, qui ont ensuite utilisé ce financement pour soutenir la réforme des soins de santé primaires. Au départ, le FASSP devait être un *programme non uniforme à couverture complète*, ce qui signifie que même si le programme comporte des objectifs communs, sa mise en œuvre peut varier de façon importante, ce qui s'est d'ailleurs produit. En conséquence, le financement procuré par le FASSP a été réparti entre les provinces, les territoires et les organismes, qui l'ont utilisé pour lancer et accélérer la création d'un éventail d'activités en lien avec les soins de santé primaires. La méthode de recherche pour l'évaluation sommative devait tenir compte de ces diverses approches dans l'affectation des fonds pour pouvoir évaluer la nature et la portée de la réussite concernant l'atteinte des objectifs et l'obtention des résultats visés par le programme, lesquels ont été examinés plus en profondeur dans les questions d'évaluation.

B.1 Multiplicité des sources de données

Afin d'évaluer les résultats du programme du FASSP, des données brutes ont été colligées à l'aide d'une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives. Ces données proviennent de quatre sources principales qui ont été créées par l'Alder Group dans le but de procéder à l'évaluation sommative du FASSP :

- étude de documents;
- sondage en ligne;
- entrevues avec les intervenants;
- recension des écrits.

Vous trouverez un bref résumé de chacun de ces champs d'enquête ci-après.

Étude de documents

Cette étude prévoyait la collecte et l'examen des renseignements disponibles sur le programme et les initiatives du FASSP, pour la plupart obtenus auprès de la Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère (DMERM). Dans le cadre de cette étude, une centaine de documents de référence sur le programme et de rapports sur les initiatives (dont beaucoup étaient des résumés couvrant plusieurs initiatives) ont été examinés en vue d'en retirer les données pertinentes relatives aux objectifs du programme et aux questions d'évaluation.

Les données recueillies ont été systématiquement intégrées dans des modèles (ou tableaux de connaissances) adaptés en collaboration avec la DMERM. Il est à noter qu'au début de cette phase des travaux, l'Alder Group s'est vu confier la tâche spécifique de *recueillir des données et non de les analyser*. Par conséquent, l'examen a compris un résumé des facteurs liés à chaque objectif et à chaque question de l'évaluation, mais ne visait pas l'analyse de ce vaste et riche ensemble de données; cet objectif s'est présenté plus tard dans l'année.

Sondage en ligne

Le sondage en ligne a débuté au printemps 2007 et est passé par une série d'examens et de versions au cours des discussions avec la DMERM. Ce sondage, centré sur les objectifs et les questions d'évaluation du FASSP, s'intéressait particulièrement aux répercussions durables et à la durabilité. Le groupe ciblé pour ce sondage était constitué de tous les projets financés par le FASSP et incluait donc toutes les enveloppes. Le projet pilote du sondage en ligne a été réalisé auprès de bénéficiaires du projet. Un processus a été déterminé en collaboration avec la DMERM pour informer les personnes-ressources potentielles et les inviter à participer. Afin d'avoir accès à des répondants potentiels (c.-à-d. aux projets), il était nécessaire d'assurer une bonne communication et coordination entre la DMERM et les ministères de la Santé des provinces et territoires.

L'Alder Group a d'abord envoyé un total de 405 avis pour solliciter la participation au sondage. Malheureusement, seulement 50 répondants ont complété l'ensemble des questions du sondage en ligne, et 22 autres ont répondu de façon partielle à diverses sections. L'analyse était limitée et les données recueillies étaient accompagnées de mises en garde mettant en évidence les difficultés rencontrées au cours du processus. Les données recueillies lors du sondage en ligne ont néanmoins corroboré et enrichi les données recueillies dans les autres champs d'enquête. Le sondage en ligne a été réalisé pendant l'été de 2007 et l'analyse s'est achevée en automne.

Entrevues avec les intervenants

Les buts sous-jacents aux entrevues avec les intervenants étaient d'avoir une meilleure compréhension du FASSP et des différents contextes dans lesquels il a évolué, ainsi que de fournir une grande quantité de données pour éclairer les questions d'évaluation, en particulier celles en lien avec les résultats du programme. La méthode utilisée pour les entrevues comprenait l'élaboration d'une stratégie pour l'échantillonnage et la conception d'un protocole d'entrevue comprenant environ 14 grandes questions. Tous ces éléments ont été élaborés au moyen d'un processus itératif de la DMERM pendant le printemps et l'été de 2007.

Les questions d'entrevue portaient sur les objectifs du programme, les questions d'évaluation et une question sur les répercussions et l'influence du programme dans son ensemble. Des entrevues téléphoniques confidentielles ont été réalisées auprès de 75 répondants, pour la plupart des intervenants de la haute direction, à la fin de l'été et au début de l'automne. Afin de garantir l'uniformité entre les champs d'enquête, les réponses du résumé ont été systématiquement organisées sous la forme de tableaux de données semblables à ceux utilisés pour l'étude de documents, et les principaux résultats ont fait l'objet d'un résumé.

Recension des écrits

L'objectif premier de la recension des écrits était la mise à jour des données recueillies lors d'une recension des écrits réalisée en 2004-2005 aux fins de l'évaluation formative du FASSP.

L'analyse actuelle a été principalement axée sur les années 2005 à 2007, afin de ne pas recouper l'analyse précédente. Les objectifs énoncés étaient de « nous intéresser aux enjeux plus larges liés à l'ensemble du Fonds; de déterminer les initiatives à grande échelle comparables visant un changement du système auxquelles nous pouvons comparer le progrès, l'avancement et/ou les réalisations du FASSP; et de déterminer les conditions et les éléments nécessaires à la réussite du renouvellement des soins de santé primaires ».

Afin de compenser l'absence dans d'autres pays de structures de programmes axées sur les soins de santé comme le FASSP (une des difficultés soulevée lors de l'analyse précédente), la méthodologie a été améliorée afin d'inclure une analyse sur une plus grande période des *initiatives nationales et internationales pertinentes de réforme associées aux soins de santé primaires*. Certaines données de référence préliminaires ont été intégrées à l'étude pour créer une image contextuelle de la position qu'avaient d'autres pays par rapport à une réforme des soins de santé primaires au début des années 2000. L'approche générale a compris l'élaboration de critères de recherche, la recherche et l'obtention de documents, l'étude de documents, et la synthèse et l'analyse des données, dont les résultats ont servi de point de départ au rapport. Trente-six documents pertinents ont été ciblés pour cette analyse. Ces documents, de même que 13 références contextuelles, ont fourni le contexte et les éléments comparatifs pour l'étude. Les données pertinentes ont été recueillies et intégrées dans des tableaux (comme demandé par la DMERM) et une sélection de grands thèmes ont été résumés dans le corps du rapport.

B.2 Présentation des résultats

La plupart des données étaient de nature qualitative. Lorsque cela était possible et approprié, des dénombrements et des réponses exprimées en pourcentage ont été fournis. En ce qui concerne les données de nature plutôt qualitative, les directives suivantes, adaptées de celles appliquées à une phase précédente de l'évaluation du FASSP, ont été utilisées pour interpréter les résultats :

- certains, un certain nombre, quelques = 25 % des répondants ou moins (c.-à-d. dix répondants ou moins);
- beaucoup, plusieurs = de 25 % à 75 % des répondants;
- presque tous, la plupart, la plus grande partie = 75 % ou plus.

Les opinions et les commentaires formulés par des répondants sont intégrés au rapport à titre d'exemple. Ils servent à appuyer les points exprimés par un nombre important de répondants, à renforcer les points de contraste importants, ou à illustrer la diversité des points de vue et des données dans le rapport.

B.3 Difficultés liées à la méthodologie

En plus des difficultés liées à la complexité, la diversité et l'échelle de l'évaluation du FASSP mentionnées au début de la présente section, l'équipe d'évaluation a rencontré un certain nombre de difficultés liées à la méthodologie au cours de l'évaluation sommative. Chaque champ d'enquête comportait des limites particulières.

Les limites liées à l'étude de documents comprenaient le fait que les rapports sur les initiatives fournissaient surtout de l'information générale et n'exprimaient pas toujours le progrès relativement aux objectifs du FASSP, ou fournissaient des données de base pour l'évaluation des changements, ou les « pratiques exemplaires », ou corroboraient des hypothèses formulées. De plus, la précision des détails et la qualité des données variaient beaucoup, il était donc difficile de classer les données dans les catégories prévues pour l'évaluation. Durant la phase du sondage en ligne, la phase de conception très itérative avec la DMERM a retardé de façon importante la mise en œuvre et a engendré un sondage en ligne trop long, ce qui s'est avéré être une contrainte pour les répondants éventuels. Cette contrainte et l'absence d'uniformité entre les processus pour communiquer avec les participants (dont plusieurs étaient des représentants provinciaux et territoriaux) a causé des délais supplémentaires et a diminué de façon importante le taux de réponse, ce qui a rendu difficile l'analyse de ces données.

De la même façon, des retards ont été constatés à l'étape des entrevues avec les intervenants, à cause de la lenteur de l'approbation des instruments d'entrevue, du besoin de mettre à jour et de valider un grand nombre de répondants supplémentaires éventuels, et du délai de réponse des participants étant donné que les entrevues ont été réalisées consécutivement à la fin de l'été et au début de l'automne. La nature qualitative des réponses a diminué la précision de l'évaluation des changements et certaines lacunes sont apparues, comme l'hésitation de certains répondants à formuler des commentaires parce que les initiatives étant encore jeunes, il était trop tôt pour discuter des résultats; d'autres répondants ont affirmé la présence d'un parti pris entrant en conflit avec les définitions du FASSP, ou avec la façon dont leur province ou territoire avait mené le processus et les initiatives. La recension des écrits a subi les répercussions des délais enregistrés dans les autres phases et a été influencée par des aspects comme l'absence d'examen de toute information financière (ne permettant pas de connaître l'importance de l'investissement) ainsi que l'absence dans d'autres pays de toute initiative explicite semblable au FASSP. L'approche aurait donc dû être améliorée et prévoir plus de temps pour la recherche sélective et la recherche de données pertinentes sur les stratégies et les résultats de la réforme sur les soins de santé primaires, aux fins de comparaison avec l'orientation et les éléments du FASSP.

En plus des difficultés liées aux phases, plusieurs difficultés et hypothèses globales concernant la méthodologie relative au processus d'évaluation ont été relevées. Nous soulignons ici celles concernant le processus d'évaluation :

- Les travaux sous-jacents à l'évaluation ont débuté plusieurs mois après la date prévue. Ce retard, en plus des processus de conception très itératifs auprès de la DMERM, ont retardé les dates de début et de fin prévues pour toutes les phases. Par conséquent, la plupart des activités de conception et de mise en œuvre se sont chevauchées, ce qui a compromis le bon enchaînement des phases et a eu d'importantes répercussions sur le temps qui aurait dû être alloué à la mise en œuvre et à l'analyse réfléchie des données, de même qu'à la formulation des résultats et des recommandations.
- Les accords dans le cadre desquels l'Alder Group devait procéder à la recension des écrits et préparer l'analyse et le rapport d'évaluation final ont seulement été confirmés à la fin de l'été 2007, alors que les autres phases sous-jacentes des travaux étaient déjà soit bien entamées, soit terminées. Étant donné que les premières instructions de la DMERM étaient de *compiler et non d'analyser*, les données provenant des champs d'enquête, les étapes antérieures ont été reconstituées grâce aux données recueillies préalablement pour préparer l'analyse nécessaire à l'évaluation finale. L'absence de mandat analytique clair et détaillé dès le début a compliqué le processus et a augmenté les délais requis dans tous les secteurs.
- La province de Québec a refusé de fournir tout document pour le processus d'évaluation, limitant l'accès aux participants du projet et la disponibilité des données produites dans le cadre des initiatives. Étant donné la valeur de l'investissement et la gamme d'activités menées dans cette province, ce refus a restreint la richesse potentielle des données disponibles pour l'évaluation et a eu des conséquences négatives sur l'évaluation des résultats dans leur ensemble.
- Les décisions prises pendant le sondage en ligne ont eu un effet sur la durée globale du projet, ce qui a provoqué un chevauchement important avec des phases qui auraient dû être consécutives et diminué l'ensemble des données disponibles pour l'analyse. L'analyse plus générale des données s'en est trouvée compliquée, ce qui a limité la richesse potentielle de précieux commentaires à comparer entre tous les champs d'enquête.
- L'évaluation a été centrée sur les *résultats, les répercussions et les leçon à retenir* relativement au programme du FASSP. Par conséquent, cette évaluation n'offre pas d'examen, ni d'inventaire, d'évaluation ou de comparaison des *initiatives* du FASSP ou d'une comparaison des activités des provinces et territoires.
- L'évaluation n'a pas été axée sur les aspects internes du financement, de la gestion ou de l'opération du programme, *sauf* ceux qui ont trait aux résultats et aux répercussions perçus par les participants aux initiatives (comme le montrent tous les champs d'enquête). Cette situation a écarté la possibilité d'étudier, par exemple, les répercussions ou les résultats relatifs aux allocations versées ou aux investissements effectués.

Notes de fin de document

1. Preuve tirée de l'étude de documents
2. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
3. Constatation tirée de l'étude de documents
4. Parmi ceux-ci, toutefois, seulement 21 répondants étaient d'avis que serait le cas dans deux ans. (Enquête sur le Web)
5. Cadre d'évaluation du FASSP (2004)
6. Constatation tirée de l'étude de documents
7. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
8. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
9. Preuve tirée de l'enquête sur le Web
10. Preuve tirée de l'enquête sur le Web
11. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
12. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
13. Preuve tirée de la recension des écrits
14. Les réponses à l'enquête fondée sur le Web ne couvraient pas ce sujet.
15. Constatation tirée de l'étude de documents
16. Constatation tirée de l'étude de documents
17. Constatation tirée de l'étude de documents
18. Constatation tirée de l'étude de documents
19. Constatation tirée de l'étude de documents
20. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
21. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
22. Constatation tirée de l'étude de documents
23. Preuve tirée de la recension des écrits
24. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
25. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
27. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
28. Preuve tirée de la recension des écrits
29. Preuve tirée de la recension des écrits
30. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
31. Constatation tirée de l'étude de documents
32. Constatation tirée de l'étude de documents
33. Constatation tirée de l'étude de documents
34. Rapport de synthèse sur le FASSP *Gestion de l'information et technologie*
35. Constatation tirée de l'étude de documents
36. Constatation tirée de l'étude de documents
38. Constatation tirée de l'étude de documents
39. Rapport de synthèse sur le FASSP *Soins collaboratifs*
40. Constatation tirée de l'étude de documents
41. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
42. Constatation tirée de l'étude de documents
43. Constatation tirée de l'étude de documents
44. Les exemples comprennent *l'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (N-8)*, *l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (N-6)*, *le Projet de soins primaires obstétricaux concertés (N-9)* et *Soutien accru aux médecins de famille en soins de santé primaires (N-16)*. (Étude de documents)
45. Rapport de synthèse sur le FASSP *Soins collaboratifs*
46. Constatation tirée de l'étude de documents
47. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
48. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
49. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants

50. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
51. Preuve tirée de la recension des écrits
52. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
53. Rapport de synthèse sur le FASSP *Soins collaboratifs*
54. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
55. Preuve tirée de la recension des écrits
56. Preuve tirée de la recension des écrits
57. Preuve tirée de la recension des écrits
58. Constatation tirée de l'étude de documents
59. Constatation tirée de l'étude de documents
60. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
61. Constatation tirée de l'étude de documents
62. Rapport de synthèse sur le FASSP *Gestion de l'information et technologie*
63. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
64. Constatation tirée de l'étude de documents
65. Preuve tirée de la recension des écrits
67. Preuve tirée des entrevues des intervenants
69. Preuve tirée de l'enquête sur le Web
70. Constatation tirée de l'étude de documents
71. Preuve tirée des entrevues des intervenants
72. Preuve tirée des entrevues des intervenants
73. Preuve tirée des entrevues des intervenants
74. Constatation tirée de l'étude de documents et des entrevues auprès des intervenants
75. Constatation tirée de l'étude de documents
76. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
77. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
79. Preuve tirée de la recension des écrits
80. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
82. Constatation tirée de l'étude de documents
83. Preuve tirée de la recension des écrits
84. Constatation tirée de l'étude de documents et des entrevues auprès des intervenants
85. Constatation tirée de l'étude de documents et des entrevues auprès des intervenants
86. Preuve tirée du sondage en ligne
87. Constatation tirée de l'étude de documents
88. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
89. Constatation tirée de l'étude de documents
90. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
91. Preuve tirée du sondage en ligne
92. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
93. Preuve tirée de la recension des écrits
94. Preuve tirée de la recension des écrits
95. Constatation tirée de l'étude de documents et des entrevues auprès des intervenants
96. Preuve tirée du sondage en ligne
97. Preuve tirée de la recension des écrits
98. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
99. Au sujet des lois et des politiques concernant les praticiens et praticiennes des soins infirmiers, tels que les amendements à la *Loi sur les infirmiers et infirmières* et la *Loi sur la pharmacie* afin de permettre la prescription (entrevues auprès des intervenants)
100. Constatation tirée de l'étude de documents
101. Preuve tirée du sondage en ligne
102. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
103. Preuve tirée de la recension des écrits
104. Constatation tirée de l'étude de documents
105. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
106. Preuve tirée du sondage en ligne

107. Preuve tirée de la recension des écrits
108. Constatation tirée de l'étude de documents
109. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
110. Constatation tirée de l'étude de documents
111. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
112. Constatation tirée de l'étude de documents
113. Constatation tirée de l'étude de documents
114. Preuve tirée de la recension des écrits
115. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
116. Constatation tirée de l'étude de documents
117. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
118. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
119. Preuve tirée du sondage en ligne
120. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
121. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
122. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
123. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
124. Preuve tirée du sondage en ligne
125. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
126. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
127. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
128. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
129. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants
130. Preuve tirée des entrevues auprès des intervenants