



Santé
Canada Health
Canada

Fonds pour l'adaptation des
soins de santé primaires

Soins en collaboration

Mars 2007

Série de rapports de
synthèse sur la mise en
commun des connaissances

Canada





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

Ce rapport a été écrit par Vernon Curran, PhD, Université Memorial de Terre-Neuve-et-Labrador.

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, *Soins en collaboration*, Mars 2007 est disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : **www.santecanada.gc.ca/fassp**

Also available in English under the title: Primary Health Care Transition Fund, *Collaborative Care*, March 2007

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

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

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

SC Pub. : 1250
Cat. : H21-286/2-2007F-PDF
ISBN : 978-0-662-73426-0

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



Fonds pour l'adaptation des
soins de santé primaires

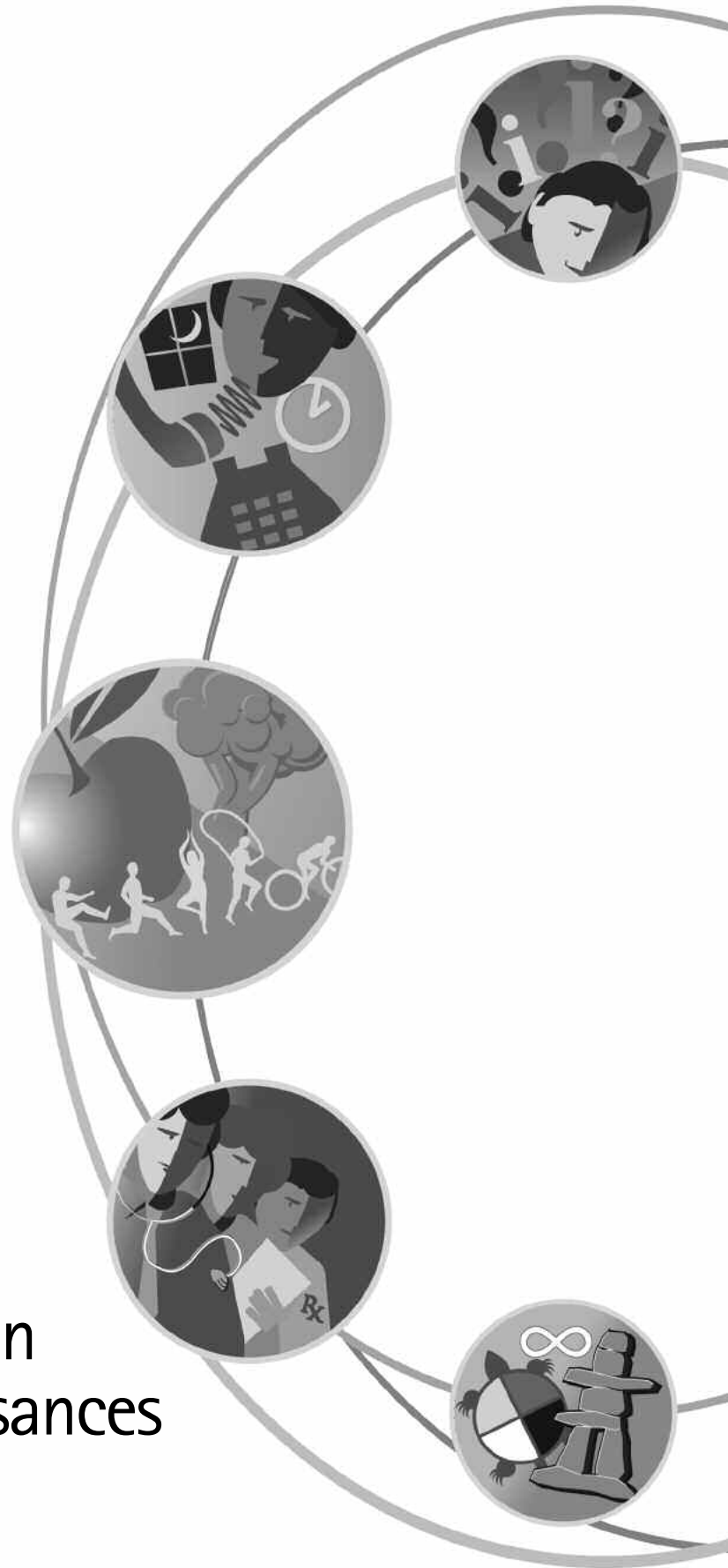
Soins en collaboration

Mars 2007

Vernon Curran, PhD

Série de rapports de
synthèse sur la mise en
commun des connaissances

Canada



Ce rapport fait partie d'une série de cinq synthèses des résultats d'initiatives du FASSP portant sur les sujets suivants : *Prévention et gestion des maladies chroniques*, *Soins en collaboration*, *Évaluation et données probantes* et *Gestion et technologie de l'information*. Le cinquième rapport est une analyse générale du rôle et des répercussions du FASSP dans le renouvellement des soins de santé primaires intitulée *Poser les fondements d'un changement culturel : l'assise du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires*.

Tous ces documents sont accessibles sur le site Web du FASSP (www.santecanada.gc.ca/fassp), lequel contient également de l'information sur les initiatives individuelles du FASSP.



Préface

Lorsque les Canadiens ont besoin de soins de santé, ils choisissent la plupart du temps les services de soins de santé primaires.¹ Les soins de santé primaires représentent le premier lieu de rencontre avec le système de soins de santé et se sont traditionnellement limités au rôle du médecin de famille. Autrefois, les Canadiens visitaient leur médecin de famille quand ils avaient besoin de soins de santé et leur médecin leur fournissait directement des services ou bien, dans le cas de besoins nécessitant des soins plus spécialisés, il les dirigeait vers un spécialiste, un centre hospitalier ou encore vers d'autres services du système de soins de santé.

Cette méthode ponctuelle a bien répondu aux besoins des Canadiens, en particulier dans le contexte d'une population relativement jeune et de la prévalence des besoins de soins de courte durée. Cependant, ces dernières années, diverses circonstances ont contribué à augmenter les préoccupations à l'égard de la capacité de cette méthode à répondre aux besoins changeants des Canadiens. La population vieillit, les cas de maladies chroniques augmentent et le système de soins de santé doit offrir des solutions visant à répondre à ces changements.

Par exemple, la prévention et la gestion des maladies chroniques dans le but d'éviter ou de retarder des complications coûteuses requièrent un large éventail de compétences, une méthode proactive à l'égard de la prestation des soins de santé et une démarche centrée sur le patient (y compris un engagement actif du patient dans la gestion de sa santé). Confrontés à un nombre grandissant de patients ayant ces besoins complexes et pour lesquels il y a pénurie de médecins de famille dans certaines régions, beaucoup de médecins de famille ont exprimé leur inquiétude concernant leurs conditions de travail, dont de longues heures de travail et des répercussions importantes sur leur propre santé et sur leur

vie familiale. Ces circonstances montrent les avantages d'une méthode à l'égard des soins de santé fondée sur le travail en équipe de divers professionnels de la santé travaillant ensemble pour aider le patient à maintenir ou à améliorer sa santé. Par exemple, une infirmière praticienne pourrait, avec l'aide d'un diététicien, se charger du suivi normal d'un patient atteint du diabète et, quand une expertise plus spécialisée est nécessaire, demander l'assistance du médecin.

Il est de plus en plus admis que les professionnels des soins de santé primaires qui travaillent conjointement selon cette approche collégiale permettent de meilleurs résultats en soins de santé, l'amélioration de l'utilisation des ressources et une plus grande satisfaction à la fois des patients et des fournisseurs de soins de santé.² De telles équipes sont mieux placées pour axer leur démarche sur la promotion de la santé et pour améliorer la gestion des maladies chroniques. Une approche collégiale peut améliorer l'accès aux services après les heures normales de travail en réduisant les besoins de visites à l'urgence. Les technologies de l'information peuvent aider les fournisseurs de soins de santé dans le processus de communication, tout comme elles constituent un moyen servant à l'application des programmes d'amélioration de la qualité (c'est-à-dire les lignes directrices sur la pratique clinique de la gestion des maladies chroniques). Ainsi, tous les aspects des soins personnels sont abordés de façon coordonnée.

C'est ainsi qu'en septembre 2000, les premiers ministres du Canada ont reconnu que des améliorations aux services de soins de santé primaires étaient essentielles à la modernisation du système de soins de santé. Dans le cadre de l'Accord sur la santé de 2000, ils ont convenu de travailler conjointement, et ce, de concert avec les professionnels des soins de santé, afin d'améliorer les services de soins de santé primaires et ses liens avec les autres parties du système de soins de santé.

¹ Tout auteur qui publie un texte traitant de *soins primaires* ou de *soins de santé primaires* compose avec un problème de définition. Même si ces deux termes sont parfois interchangeables, certains auteurs établissent une distinction entre eux. Cependant, cette distinction ne fait pas large consensus. Le terme *soins primaires* a généralement un sens plutôt limité et concerne surtout les services traditionnels prodigués par un médecin, tandis que le terme *soins de santé primaires* a un sens plus large et que non seulement il inclut les soins primaires mais il comprend aussi d'autres fournisseurs de soins de santé et parfois même dépasse le secteur des soins de santé en incluant d'autres déterminants de la santé tels que le logement et l'éducation. Cette note en bas de page a pour seul but d'attirer l'attention sur le fait que ces questions de définition existent et n'est pas une tentative de solution. Ce problème de définition est abordé dans ce rapport dans la mesure où son auteur le considère pertinent.

² Puisque les services de soins de santé primaires répondent aux besoins des communautés qui les utilisent, la composition des équipes peut varier. Il n'y a pas de modèle unique.

Le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires

Afin de soutenir cet engagement, le gouvernement fédéral a annoncé la création du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP). De 2000 à 2006, le FASSP a fourni plus de 800 millions de dollars aux provinces, aux territoires et aux intervenants du système de santé, afin d'accélérer le développement et la mise en œuvre des nouvelles méthodes pour la prestation des soins de santé primaires. Tout spécialement, ce fonds a servi de soutien aux dépenses associées à la transition vers les nouvelles méthodes de la prestation de soins de santé primaires (c'est-à-dire les nouveaux programmes de formation relatifs au travail en équipe et les systèmes d'information pour le soutien aux soins donnés par équipe.)³ Bien que le FASSP lui-même ait été d'une durée limitée, l'objectif visé par les changements qu'il a permis de soutenir était qu'il y ait des répercussions durables sur le système de soins de santé.

Bien que le FASSP ait été fondé par un programme du gouvernement fédéral, tous les gouvernements des provinces et territoires se sont entendus sur ses objectifs, soit :

- accroître le pourcentage de la population ayant accès aux organisations prestataires de soins de santé primaires qui sont responsables de la prestation planifiée d'une gamme définie de services exhaustifs à une population déterminée;
- mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, sur la prévention des maladies et des blessures et sur la gestion des maladies chroniques;
- accroître l'accès aux services essentiels 24 heures sur 24, 7 jours par semaine;
- former des équipes interdisciplinaires, de sorte que les soins les plus appropriés soient offerts par les professionnels les plus adéquats;
- faciliter la coordination avec d'autres services de santé tels que les spécialistes et les hôpitaux.

Toutes les initiatives financées dans le cadre du FASSP devaient aborder au moins un de ces objectifs.

Afin de créer des occasions à divers degrés et d'encourager une approche axée sur la collaboration, le financement du FASSP était disponible par le biais de cinq enveloppes budgétaires. En tout premier lieu, *l'Enveloppe provinciale et territoriale* a fourni le financement direct aux gouvernements des provinces et territoires afin d'appuyer leurs efforts pour élargir et accélérer le renouvellement des services de soins de santé primaires. Les fonds de cette enveloppe ont représenté près de 75 p. 100 du financement du FASSP et ont surtout été alloués selon le nombre de personnes. Les initiatives ont reflété les priorités et les circonstances particulières de chaque province ou territoire, tout en respectant les objectifs du FASSP.

Les 25 p. 100 restants du fonds ont été répartis parmi quatre enveloppes de portée pancanadienne qui étaient destinées à promouvoir des approches axées sur la collaboration et à répondre aux besoins particuliers des populations.

- *L'Enveloppe multigouvernementale* (cinq initiatives) a permis à au moins deux gouvernements provinciaux ou territoriaux de collaborer sur des initiatives communes.
- *L'Enveloppe nationale* (37 initiatives) était disponible pour les provinces, aux territoires et aux intervenants du système de santé et elle a soutenu les initiatives de collaboration pour contrer les obstacles communs et créer les conditions nécessaires, à l'échelle nationale, afin de faire avancer le renouvellement des services de soins de santé primaires.
- *L'Enveloppe Autochtones* (dix initiatives) a répondu aux besoins des collectivités autochtones d'avoir des services de soins de santé primaires intégrés de haute qualité.
- *L'Enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle* (trois initiatives) a répondu aux besoins particuliers des services de soins de santé primaires pour les communautés francophones en

³ Le FASSP a été précédé par le Fonds pour l'adaptation des services de santé du gouvernement fédéral (de 1997 à 2001), mais il en était distinct de plusieurs façons. Tandis que le Fonds pour l'adaptation des services de santé avait quatre priorités dont les soins de santé primaires, le FASSP se limitait exclusivement aux soins de santé primaires. Le mandat du Fonds pour l'adaptation des services de santé était de financer des projets pilotes et des projets d'évaluation afin de mettre clairement en évidence la situation à l'égard de la réforme du système de soins de santé, tandis que le FASSP avait pour but de soutenir des changements importants et durables.

situation minoritaire à l'extérieur du Québec, de même que pour la communauté anglophone en situation minoritaire au Québec.

L'importance du transfert des connaissances

Le renouvellement des services de soins de santé primaires requiert des changements fondamentaux à l'égard de l'organisation et de la prestation des services de soins de santé. Il s'agit d'un engagement à long terme qui a commencé bien avant la création du FASSP et qui se poursuivra bien après son échéance. Le développement des connaissances est un élément important de ce processus, car bien que la réforme des soins de santé primaires ait donné des résultats impressionnants jusqu'ici, les données existantes demeurent modestes. C'est pourquoi la diffusion des résultats des initiatives associées au FASSP constituait un élément clé de ce programme. À cette fin, la diffusion des résultats comprenait les éléments suivants : la préparation de résumés et de feuillets d'information concernant les initiatives individuelles associées au FASSP, le tout réuni en un seul rapport; la préparation de rapports de synthèse; l'élaboration d'un site Web complet; et la tenue d'un congrès national en février 2007. En plus des activités de diffusion organisées par Santé Canada, les responsables d'initiatives individuelles devaient diffuser les résultats propres à leur démarche.

La production d'une série de rapports de synthèses a constitué un élément clé dans cette stratégie de diffusion. Afin d'optimiser l'utilité des résultats selon les publics cibles (y compris les intervenants du système de santé, les fournisseurs de soins de santé et les chercheurs) et de relever les tendances communes et les principales *leçons apprises* qui ont découlé des initiatives prises, les spécialistes des questions portant sur le système de la santé ont participé à la préparation d'une série de rapports de synthèse. Dans ces rapports, les spécialistes rendent compte des aspects particulièrement importants des initiatives prises dans le cadre du FASSP, soit :

- *les soins en collaboration* (Vernon Curran, directeur de la recherche et du développement universitaires, Université Memorial);

- *la prévention et gestion des maladies chroniques* (Peter Sargious, chef médical, Chronic Disease Management [gestion des maladies chroniques], Calgary Health Region [région sanitaire de Calgary]);
- *la gestion et technologie de l'information* (Denis Protti, professeur, Université de Victoria);
- *l'évaluation et données probantes* (June Bergman, professeure adjointe, Université de Calgary).

De plus, dans un rapport global intitulé *Poser les fondements d'un changement culturel : l'assise du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires*, Sheila Weatherill, Présidente et chef de la direction, Capital Health (Edmonton), examine l'assise laissée par le FASSP dans son ensemble et relève les tendances générales de l'organisme à la suite des initiatives prises dans le cadre du FASSP.

Une assise sous le signe du changement

L'objectif du FASSP n'a jamais été de régler tous les problèmes. En fait, depuis sa création il y a des années, le processus de renouvellement des soins de santé primaires a continuellement été mis de l'avant. Les nombreuses études portant sur le système des soins de santé, tant à l'échelle nationale (les rapports Romanow et Kirby) que provinciale, ont constamment mis l'accent sur le rôle important du renouvellement des soins de santé primaires à l'égard de la réforme du système de soins de santé. Deux autres Accords des premiers ministres (en 2003 et 2004) ont réaffirmé l'importance de ce renouvellement. Le Conseil canadien de la santé, qui a été créé par suite de l'Accord de 2003 pour surveiller les progrès du renouvellement des soins de santé, n'a pas cessé de mettre l'accent sur le rôle important des soins de santé primaires en affirmant que « l'avenir du système de soins de santé canadien dépendra de la modernisation des soins de santé primaires ».⁴ [traduction]

Bien qu'elles se soient terminées en 2006, les initiatives individuelles associées au FASSP ont contribué individuellement et collectivement à établir une assise pour les améliorations futures à apporter aux soins de santé primaires au Canada. Ce rapport reflète le contexte de changement et de réforme actuels et son but est d'en donner un aperçu.

Santé Canada

⁴ Health Council of Canada, *Health Care Renewal in Canada: Accelerating Change*, (January 2005), p. 48.

Remerciements

La série de rapports de synthèse sur la mise en commun des connaissances a été commandée par Santé Canada et gérée par le Conference Board du Canada.

L'auteur tient à remercier le docteur John Service de la Société canadienne de psychologie et monsieur Gilles Rhéaume du Conference Board du Canada pour leurs commentaires judicieux sur l'ébauche du présent rapport.



Résumé

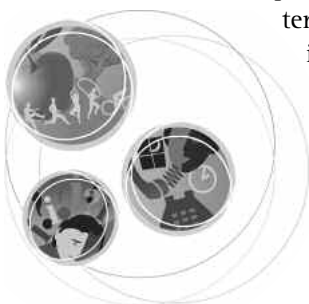
Le renouvellement des soins de santé primaires (SSP) au Canada exige d'abord et avant tout un renforcement de la collaboration entre les fournisseurs de soins. La collaboration entre les services des soins de santé est un processus centré sur le patient au cours duquel les représentants de deux ou de plusieurs professions ou disciplines s'unissent pour partager leurs connaissances, leurs compétences et prennent part à la prise de décisions en vue d'accroître la qualité des soins de santé. On croit que les équipes travaillant en collaboration sont plus en mesure de composer avec la complexité accrue des besoins en soins de santé de la population canadienne. On croit également qu'une plus grande collaboration entre les professionnels de la santé résultera en une meilleure santé, un meilleur accès aux services, une utilisation plus efficace des ressources et une plus grande satisfaction de la part des patients et des fournisseurs. Le présent rapport vise à présenter les initiatives financées par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP), qui se penchent sur les questions liées à la concertation des services de soins de santé dans les divers établissements de SSP.

Les 13 administrations financées par l'*Enveloppe provinciale et territoriale* ont élaboré divers modèles innovateurs de collaboration entre les services de soins de santé faisant intervenir des équipes interdisciplinaires ou interprofessionnelles de fournisseurs de soins de santé et de services sociaux. 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 territoriales.

L'*Enveloppe multigouvernementale* a favorisé l'adoption d'approches régionales, qui ont soutenu les activités de renouvellement dans les provinces et les territoires participants. Les approches régionales du perfectionnement après l'obtention du permis d'exercer et de la formation interprofessionnelle, la coordination de l'ensemble des services de santé primaires et l'établissement de normes communes à l'égard des renseignements médicaux électroniques ont été fructueuses. L'*Enveloppe nationale* a été financée par le biais de trois sous-enveloppes, dont les stratégies nationales, les outils de transition et les initiatives nationales. 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 collaboration. Une tendance générale observée dans les initiatives des Outils de transition a été l'engagement et la consultation à l'échelle provinciale et nationale des divers intervenants sur les questions liées aux SSP concertés. Les initiatives nationales ont été financées à l'échelle locale ou régionale et étaient axées sur l'amélioration de la collaboration entre les services de soins aux personnes souffrant de maladies chroniques, des soins palliatifs et des soins aux populations cibles du Canada.

Un des thèmes communs qui ressort des initiatives de l'*Enveloppe Autochtones* a été la promotion de services des SSP plus efficaces pour les peuples autochtones, et l'amélioration de la coordination des services à tous les ordres de gouvernement et au sein des collectivités et des établissements de soins de santé autochtones. L'*Enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle* a soutenu des activités qui ont permis d'améliorer l'accès aux SSP des collectivités minoritaires anglophones du Québec et francophones de l'ensemble du Canada.

Les principales conclusions et observations ont été jugées comme étant représentatives des déterminants interactionnels, organisationnels ou généraux qui influent sur les SSP dispensés en collaboration. Les déterminants interactionnels représentaient des volets de rapports interpersonnels entre les membres des équipes qui influaient sur la collaboration. La compréhension des rôles des membres des équipes et de la



façon dont ces rôles contribuent aux résultats chez les patients a été jugée comme essentielle à l'établissement de rapports de confiance et la formation d'équipes. L'endroit où se trouvent les fournisseurs (p. ex. le regroupement des services) a été considéré comme un facteur important ayant contribué à la formation d'équipes dans certaines initiatives. Il ressort aussi que les soins dispensés en collaboration ont bénéficié de l'existence de normes, de politiques et de protocoles interprofessionnels. L'élaboration de lignes directrices ou de manuels pratiques de perfectionnement au niveau collégial s'est aussi révélée comme étant un facteur interactionnel dans le cadre des initiatives.

La structure organisationnelle, dont les soutiens administratifs et le leadership, a aussi été jugée comme étant un déterminant organisationnel important qui a favorisé les SSP dans le cadre de nombreuses initiatives. On a jugé que les principes de l'organisation et les valeurs qu'elle soutient avaient un effet direct sur le degré de collaboration. Plusieurs résultats importants ont découlé des initiatives du FASSP se rapportant aux déterminants organisationnels. Les principaux dirigeants ont réussi à consolider l'appui et à favoriser le renouvellement des SSP. Certaines initiatives ont permis de faire progresser les connaissances et d'adopter des pratiques exemplaires visant à faciliter la prestation des SSP dispensés en collaboration. Un grand nombre de trousseaux d'outils, de manuels pratiques, de programmes et d'autres ressources visant à améliorer et faciliter les SSP concertés ont vu le jour grâce aux initiatives du FASSP. Plusieurs initiatives ont également permis de faire progresser les connaissances sur les réseaux d'information électroniques et de télésanté, facilitant ainsi la collaboration interprofessionnelle.

Le succès de la concertation des services de soins de santé dépend aussi de déterminants systémiques. Les déterminants systémiques sont des facteurs extérieurs à l'organisation, comme les composantes des systèmes sociaux, culturels, éducatifs et professionnels. Le réseau professionnel exerce une forte influence sur le développement d'approches de soins concertés, et plusieurs initiatives du FASSP ont été fructueuses en permettant d'inciter les intervenants du réseau professionnel à accélérer le renouvellement des SSP concertés. La formation interprofessionnelle représentait une activité importante dans le cadre de multiples initiatives du FASSP, et les résultats du rapport ont permis de faire progresser les connaissances sur le rôle et l'efficacité de

la formation interprofessionnelle avant et après l'obtention du permis d'exercer, tout en encourageant la formation d'équipes de SSP concertés. Bon nombre d'initiatives ont également permis de jeter les bases de l'avancement des SSP concertés sur les plans réglementaire, financier et salarial.

Les recommandations suivantes s'appuient sur un certain nombre de répercussions sur la politique et la pratique.

Améliorations des responsabilités et règlements. D'autres améliorations doivent être apportées aux mécanismes de réglementation et de responsabilités à l'échelle nationale et provinciale afin de soutenir la prestation de soins concertés dans les divers établissements de SSP. Les recommandations découlant de certaines initiatives, financées dans le cadre d'initiatives stratégiques nationales, pourraient être utiles dans l'orientation des approches pancanadiennes visant la mise en œuvre de ces modifications.

Rémunération et financement. Des modèles de financement et de rémunération appropriés sont nécessaires pour faciliter l'adoption de modèles de soins concertés dans les établissements de SSP. Les méthodes traditionnelles de rémunération à l'acte des fournisseurs de soins de santé découragent la collaboration plutôt que de la faciliter.

Formation interprofessionnelle. La formation interprofessionnelle est importante dans l'amélioration des compétences qui favorisent la formation d'équipes. La formation interprofessionnelle avant et après l'obtention du permis d'exercer et la formation interprofessionnelle en milieux pratiques sont toutes deux essentielles pour favoriser l'élaboration de modèles de soins concertés et centrés sur le patient.

Soutiens organisationnels. Les ressources et l'appui organisationnels sont nécessaires pour introduire des modèles innovateurs de soins dispensés en collaboration, dont la planification et la coordination, les technologies de l'information (matériel, logiciels, formation, soutien continu), les normes communes, les outils et les lignes directrices, l'espace physique, le financement et les incitatifs appropriés.

Approches centrées sur le patient. Les patients et les fournisseurs de soins doivent faire partie des membres

de l'équipe des SSP. Pour ce faire, ils doivent mieux saisir le processus de collaboration et les rôles des divers fournisseurs. Il faut déployer davantage d'efforts pour examiner les rôles des patients et des fournisseurs de soins de l'équipe et la façon de les intégrer.

Planification des ressources humaines. L'approvisionnement, la composition et la répartition des fournisseurs de SSP se répercutent sur les modèles des soins concertés. Les plans de ressources humaines de la santé qui appuient les modèles de soins concertés sont essentiels pour assurer le renouvellement des SSP.

Intégration des fournisseurs de soins classiques. La formation d'équipes interprofessionnelles composées de fournisseurs de soins classiques et de fournisseurs occidentaux est essentielle à la prestation des soins de santé dans de nombreuses collectivités autochtones. Il faut déployer davantage d'efforts pour favoriser l'intégration des fournisseurs traditionnels aux équipes.

Formation des fournisseurs occidentaux. Les professionnels de la santé diplômés sont, en règle générale, mal préparés pour travailler avec des fournisseurs traditionnels dans les régions éloignées du pays. Les établissements d'enseignement doivent apporter des mesures permettant aux étudiants et aux stagiaires d'élargir leur savoir-faire culturel.

Justification des conclusions des SSP en collaboration. Des preuves supplémentaires doivent être présentées relativement à l'efficacité des modèles de soins dispensés en collaboration dans les établissements de SSP et les caractéristiques des efforts de collaboration qui favorisent des résultats positifs chez les patients et en matière de santé, d'efficacité organisationnelle, de satisfaction de la part des patients et des fournisseurs.

Le FASSP a réussi à encourager et faciliter l'adoption et l'élaboration d'une variété de modèles innovateurs de soins concertés dans tout le Canada. Dans certains cas, les initiatives du FASSP ont permis la formation d'équipes de soins concertés, tandis que dans d'autres, elles ont permis d'établir des stratégies de mise en œuvre de nouveaux modèles de SSP en collaboration. Les initiatives du FASSP sont le fruit du regroupement des intervenants clés à l'échelle nationale et provinciale visant à accélérer le renouvellement des SSP. Les résultats et les conclusions des initiatives ont fait progresser les connaissances sur les stratégies efficaces visant à encourager et à assurer les soins concertés dans les divers milieux de SSP. Les patients et les fournisseurs sont davantage satisfaits dans les milieux qui ont adopté des modèles de soins concertés. Les multiples ressources qui ont vu le jour grâce aux initiatives du FASSP continueront d'assurer les SSP en collaboration et leur renouvellement à longue échéance au Canada.



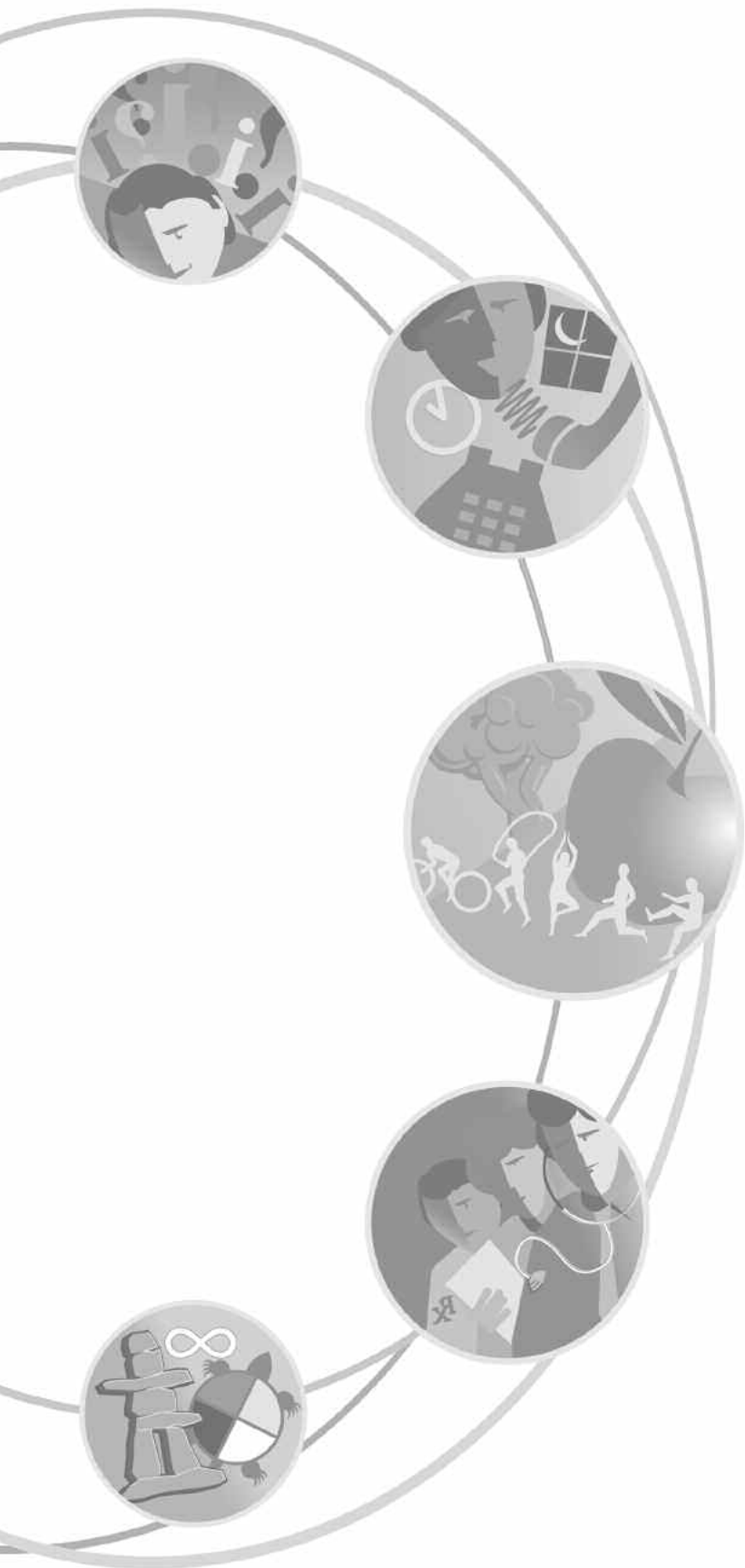
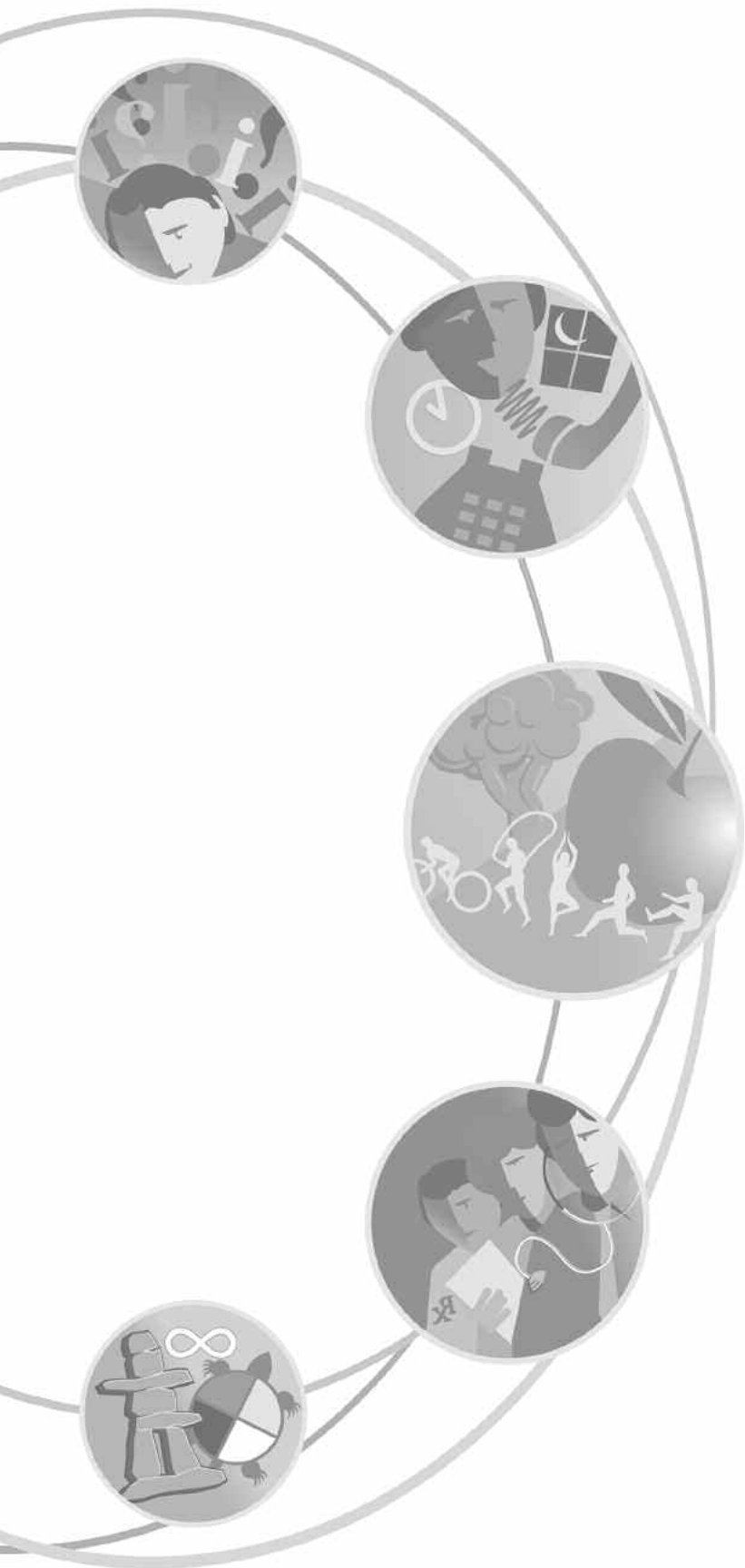


Table des matières

Préface	iii
Remerciements	vi
Résumé	vii
1 Présentation du contexte	1
2 Aperçu des initiatives du FASSP	5
2.1 Enveloppe provinciale et territoriale	5
2.2 Enveloppe multigouvernementale	6
2.3 Enveloppe nationale	7
2.4 Enveloppe Autochtones	9
2.5 Enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle	9
3 Apprentissages clés	11
3.1 Déterminants interactionnels	11
3.2 Déterminants organisationnels	12
3.3 Facteurs systémiques	13
4 Répercussions sur les politiques et les pratiques	17
4.1 Fiabilité et améliorations apportées à la réglementation	17
4.2 Compensation et financement	17
4.3 Formation interprofessionnelle	18
4.4 Soutien organisationnel	18
4.5 Soins axés sur le patient	19
4.6 Planification des ressources humaines dans le secteur de la santé	19
4.7 Intégration des fournisseurs traditionnels	19
4.8 Formation des fournisseurs de l'Ouest	20
4.9 Des résultats tangibles pour les soins de santé primaires en collaboration	20
5 Conclusion	21
Références	23
Annexe	25





1 Présentation du contexte

Selon les politiques canadiennes et la plupart des réformateurs du système de soins de santé, le renouvellement des SSP est une condition essentielle de la création d'un système de soins de santé durable (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002; Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2002; Conseil canadien de la santé, 2005). Les SSP englobent les soins primaires (diagnostic et traitement des problèmes de santé) et l'étude des grands déterminants de la santé. Ils comprennent la coordination, l'intégration et l'élargissement des systèmes et des services, afin de mieux veiller sur la santé de la population, d'offrir plus de programmes de prophylaxie et d'entreprendre plus d'activités de promotion de la santé dans toutes les disciplines (Mable et Mariotte, 2002).

Les SSP encouragent à mieux utiliser tous les intervenants en matière de santé, afin de maximiser les possibilités qu'offrent toutes les ressources du secteur de la santé (Mable et Marriott, 2002). Le renouvellement des SSP au Canada nécessite l'adoption de modèles de soins concertés selon lesquels les équipes de fournisseurs sont tenues d'offrir des soins de santé complets et coordonnés aux patients. (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002; Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2002; Conseil canadien de la santé, 2005). On reconnaît que les besoins de nombreux patients dépassent les compétences d'un seul professionnel et que les véritables services centrés sur le patient exigent des soins concertés interprofessionnels (Freeth, 2001).

Dans le rapport de l'étude intitulée *Improving the Effectiveness of Primary Health Care Through Nurse Practitioner / Family Physician Structured Collaborative Practice* [Accroître l'efficacité des soins primaires par des modèles reposant sur la collaboration entre l'infirmière de première ligne et le médecin de famille], on définit la pratique de soins concertés comme étant « un processus interprofessionnel de communication et de prise de décision qui permet de partager les connais-

sances et compétences distinctes des fournisseurs de soins de santé et celles du client/patient afin d'influencer de façon synergique les soins dispensés au client/patient » (Way, Jones, et Baskerville, 2001 Appendix Z, p. 2) [traduction]. Sur le site Web de l'Association canadienne des ergothérapeutes (2005), on définit la collaboration interdisciplinaire comme une activité faisant référence à « l'interaction positive entre deux professionnels de la santé ou plus qui mettent à contribution leurs compétences et leurs connaissances afin d'aider les clients, les familles et les collectivités à prendre des décisions en matière de santé. » Oandasan, Baker, Barker, Bosco, D'Amour et al. (2006) décrivent la pratique en collaboration centrée sur le patient. Elle met en jeu au moins deux professions ou disciplines qui interagissent de façon continue dans un effort conjoint visant à résoudre ou à étudier des problèmes communs avec la meilleure participation possible du patient. La pratique en collaboration centrée sur le patient est conçue pour promouvoir la participation active de chaque discipline aux soins du patient. Elle donne priorité aux objectifs et aux valeurs du patient et de sa famille, établit des mécanismes de communication suivie entre les fournisseurs de soins, optimise la participation du personnel à la prise de décision clinique intradisciplinaire et interdisciplinaire, et encourage le respect des contributions de tous les professionnels (Oandasan et al., 2006).

La collaboration au sein d'une équipe peut être définie comme étant un continuum d'autonomie professionnelle. D'une part, les professionnels peuvent intervenir sur une base autonome ou parallèle, créant ainsi une pratique parallèle *de facto* comme c'est le cas pour la pratique multidisciplinaire.¹ D'autre part, à l'autre extrême, les professionnels disposent d'une marge de manœuvre plus restreinte; l'ensemble de l'équipe est cependant plus autonome et ses membres sont mieux intégrés, comme le sont les équipes interdisciplinaires ou interprofessionnelles.² La collaboration interpersonnelle a plusieurs caractéristiques. Les membres doivent partager une vision et des objectifs communs, communiquer clairement avec les membres de leur équipe,

¹ L'équipe multidisciplinaire fait référence aux situations où plusieurs professionnels travaillent au même projet, mais de façon autonome ou en parallèle. Essentiellement, un travail d'équipe multidisciplinaire caractérise divers professionnels qui interagissent sur une base transitoire. Bien qu'ils ne se croisent pas nécessairement, les membres de l'équipe multidisciplinaire parviennent à travailler de façon coordonnée (D'Amour, Ferrada-Videla, Martin-Rodriguez, et Beaulieu, 2005).

² L'équipe interdisciplinaire ou interprofessionnelle met en jeu un degré de collaboration supérieur entre les membres de l'équipe. Il s'agit d'une entité structurée ayant un objectif commun et un processus décisionnel fondé sur une intégration des connaissances et des compétences de chaque professionnel qui propose des solutions aux problèmes complexes de façon souple (D'Amour et al., 2005).

comprendre les rôles de chacun, se faire confiance, et prendre des décisions en tant que groupe (Poulton et West, 1993; Grant, Finocchio, et le California Primary Care Consortium Subcommittee on Interdisciplinary Collaboration, 1995; D'Amour et al., 2005). Pour être efficaces, les équipes doivent être pourvues d'une structure organisationnelle qui soutient leur travail.

La composition des équipes des SSP n'est pas immuable; elle devrait varier en fonction des besoins de la collectivité ou de la population, des besoins de la clientèle desservie et du milieu de travail. Les équipes changent et évoluent afin de répondre aux besoins des patients/clients; elles peuvent être composées de personnel infirmier, de médecins, de diététistes, d'infirmiers praticiens, d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux, de professionnels de la santé mentale, de psychologues, de pharmaciens, de travailleurs des services à la famille et d'autres spécialistes permettant de répondre aux besoins de la clientèle.

On croit que les équipes qui travaillent en collaboration seront mieux outillées pour composer avec la complexité grandissante des besoins et des soins de la population canadienne (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002; Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2002; Conseil canadien de la santé, 2005). On croit également qu'une plus grande collaboration entre les professionnels de la santé se traduira par une meilleure santé, un meilleur accès aux services, une utilisation plus efficace des ressources et une plus grande satisfaction de la part des patients et des fournisseurs. Sur le plan fondamental, le travail d'équipe peut permettre d'accroître la collaboration et la coopération entre les fournisseurs et vraisemblablement, l'amélioration des soins dispensés aux personnes et aux collectivités (Roblin et al., 2003).

Un certain nombre de facteurs sont jugés importants dans la promotion et le soutien de la collaboration interprofessionnelle des SSP. Selon Martin-Rodriquez, Beaulieu, D'Amour et Ferrada-Videla (2005), ces facteurs pourraient être classés en trois catégories différentes. On les appelle « déterminants » de la collaboration interprofessionnelle. La première catégorie constitue les « déterminants interactionnels », qui sont les facteurs associés aux fournisseurs individuels, comme l'attitude à l'égard de la collaboration ou la nature des rapports

interpersonnels entre les différents fournisseurs de l'équipe. La deuxième catégorie, les « déterminants organisationnels », comprend les structures organisationnelles, les valeurs et principes qui soutiennent et facilitent la collaboration au sein et entre des organisations. Enfin, la troisième catégorie, les « déterminants systémiques », comprend toute la gamme de facteurs à l'intérieur de l'environnement général où l'organisation fonctionne, y compris la méthode de rémunération des différents fournisseurs (Martin-Rodriquez et al., 2005).

Le rôle joué par les personnes clés dans la promotion des approches fondées sur les soins concertés est critique, tout comme celui des membres d'une nouvelle équipe. La capacité de partager des connaissances et de l'information sur les patients et les services et l'utilisation efficace de la technologie de l'information et les liens électroniques de fonctionnement entre la santé et le bien-être jouent aussi un rôle sur les pratiques de travail en collaboration. Vanclay (1996) et Taylor, Blue et Misan (2001) ont établi un certain nombre de facteurs³ qui joueraient également un rôle important dans la fourniture des soins concertés, dont :

- regroupement et le temps consacré à un site;
- la compréhension des rôles et des responsabilités;
- la confiance et le respect des professionnels;
- la capacité de partager des patients/clients;
- l'échange d'information sur les structures et les méthodes;
- des contacts personnels réguliers;
- des travaux mixtes sur des projets locaux ou des sujets précis; et
- l'appui de la direction générale.

Les principaux obstacles à l'efficacité des soins dispensés en collaboration interprofessionnelle sont les cadres législatifs et réglementaires; les responsabilités; l'absence d'un financement suffisant et adéquat; l'incapacité d'intégrer dans une même équipe les professionnels de diverses disciplines et un manque de clarté au

³ Ces facteurs peuvent varier selon le type de pratique interprofessionnelle et ses caractéristiques, dont la composition des fournisseurs, le financement et les modèles de rémunération en place.

sujet du profil et du fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle (Martin-Rodriquez et al., 2005). La compétition sur le plan financier, surtout en ce qui concerne la rémunération à l'acte, est aussi un obstacle à l'amélioration de la collaboration entre les professionnels de la santé. La formule de financement à l'acte actuelle qui a cours dans la majorité des provinces est définie comme un obstacle majeur à la mise en œuvre de modèles de soins concertés (Martin-Rodriquez et al., 2005). Il est recommandé que soient apportés des changements fondamentaux à l'égard des politiques en matière du système de soins de santé afin de trouver des mécanismes de remboursements créatifs pour les professionnels de la santé rémunérés à l'acte.

Les organismes médico-légaux et les associations de protection contre la négligence professionnelle ont également exprimé leur inquiétude par rapport aux modèles de SSP, qui risquent de faire accroître la limite de responsabilité des professionnels de la santé œuvrant dans des milieux non traditionnels (Martin-Rodriquez et al., 2005). Certaines réserves sont émises sur les responsabilités inhérentes aux rapports de travail entre les professionnels de la santé, puisqu'elles font référence au champ d'exercice et aux responsabilités. Le fait que les professionnels de la santé ne disposent pas tous d'une assurance responsabilité et que cette situation peut se répercuter sur la composition d'équipe de soins est principalement inquiétant.

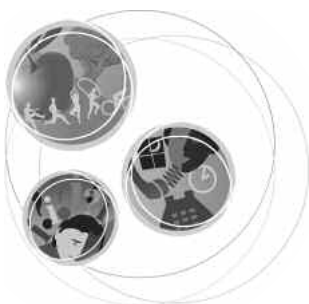
D'autres facteurs sont susceptibles de freiner la collaboration interprofessionnelle. Parmi ceux-ci, notons :

- l'endroit et les dates des réunions;
- les structures de rapport doubles (ou plutôt multiples) et les normes ainsi que les problèmes pratiques accrus en matière de communication;
- les charges de travail accrues;
- le manque de données accessibles communes; et
- les conflits hiérarchiques (Richards, Carley, Jenkins-Clarke, et Richards, 2000).

L'absence de preuves que l'adoption de modèles innovateurs de soins en collaboration permettrait d'obtenir des résultats favorables à la fois pour le malade et le réseau de la santé serait aussi un obstacle à la promotion de la collaboration interprofessionnelle dans les milieux de SSP (Zwarenstein, Reeves, et Perrier, 2005).

Pour la plupart des praticiens, la réforme actuelle des SSP constitue un point de départ; la formation continue et le perfectionnement professionnel sont essentiels pour leur permettre de travailler efficacement dans un contexte de collaboration. Depuis toujours, la formation continue des professionnels de la santé se fait, en grande partie, « en vase clos », d'une façon relativement hermétique. Le contenu et la structure du programme de formation sont régis par des règles rigoureuses. Les professionnels de la santé sont censés travailler et fonctionner en collaboration au sein d'équipes interprofessionnelles; ils doivent être préparés à se consacrer à ces activités avant même la fin de leurs programmes d'études, pendant leur formation clinique et leur perfectionnement professionnel (Drinka et Clarke, 2000; Gilbert, 2005). Des commissions, des comités et des documents de politique publiés au Canada ont souligné l'importance de la refonte des programmes de formation scolaire et professionnelle des professionnels de la santé (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002; Accord sur les soins de santé 2003; Conseil canadien de la santé, 2005).

On estime que la formation interprofessionnelle et les stages sont essentielles pour favoriser les conditions et développer les compétences nécessaires à la collaboration soutenue dans les SSP (Vanclay, 1996). La formation interprofessionnelle fait intervenir les membres (ou les étudiants) de deux professions, ou plus, associées aux soins de santé ou aux services sociaux qui se sont engagés à apprendre avec, par et sur tous les autres (Barr, Koppel, Reeves, Hamrick, et Freeth, 2005). Les initiatives sur la formation interprofessionnelle reposent sur la notion que l'apprentissage partagé mène à des soins et des traitements complets pour la clientèle (Barr, 1994; Howkins et Allison, 1997). La formation interprofessionnelle peut aider à faire tomber les opinions stéréotypées que les professionnels ont sur chacun et à mieux faire comprendre les rôles, les responsabilités, les forces et les faiblesses d'autres professions (Clark, 1991; Parsell et Bligh, 1999; Parsell, Spalding, et Bligh, 1998).



Nous venons de résumer quelques-unes des questions fondamentales liées aux soins dispensés en collaboration interprofessionnelle et de renouvellement des SSP au Canada et des tendances générales qui s'amorcent. Dans la prochaine partie, nous présenterons un aperçu

de certaines initiatives financées à l'aide du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP), qui visent à régler les problèmes et les obstacles liés aux SSP dispensés en collaboration.



2 Aperçu des initiatives du FASSP

La plupart des FASSP ont été alloués aux provinces et territoires en vue de soutenir leurs initiatives de renouvellement individuelles par l'entremise de l'Enveloppe provinciale et territoriale. Des fonds ont aussi été attribués à des initiatives importantes visant à résoudre les problèmes communs des administrations par l'entremise de l'Enveloppe multigouvernementale et l'Enveloppe nationale. L'Enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle et l'Enveloppe Autochtones ont financé des initiatives qui abordaient les défis particuliers des soins de santé primaires (SSP) des Autochtones et des communautés minoritaires du Canada. L'annexe présente un aperçu des diverses initiatives du FASSP reliés au sujet de ce rapport.

Les rapports finaux des 47 initiatives financées dans le cadre des enveloppes du FASSP ont été révisés au cours de la préparation du présent rapport de synthèse sur les soins en collaboration. La présente partie du rapport de synthèse vise à examiner les questions et les tendances clés qui ont vu le jour dans le cadre des initiatives qui mettent en lumière les questions liées aux SSP en collaboration.

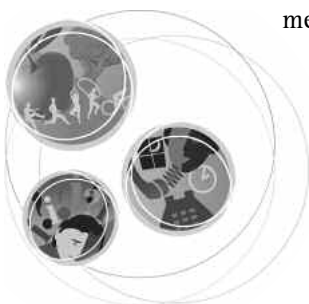
2.1 Enveloppe provinciale et territoriale

L'Enveloppe provinciale et territoriale a soutenu les efforts déployés par les provinces et territoires afin d'élargir et d'accélérer les initiatives de renouvellement des SSP. Les thèmes communs portaient sur la présentation et l'intégration de modèles des soins en collaboration dans les services de SSP des provinces et territoires. Les 13 régions administratives proposaient une gamme de modèles innovateurs de soins en collaboration. Certains modèles étaient « complets » et proposaient un large éventail de services à la population de la région en question, assurés par une équipe de fournisseurs interprofessionnelle. D'autres modèles visaient des objectifs spécifiques et faisaient intervenir la collaboration entre plusieurs fournisseurs pour les soins destinés à une population particulière (p. ex. les patients diabétiques, les patients souffrant de maladies mentales).

La même question revenait dans un certain nombre d'administrations, soit l'importance de la formation interprofessionnelle et du perfectionnement

professionnel continu en matière de soutien de formation d'équipes. Ces deux éléments ont été considérés comme des composantes essentielles des stratégies de gestion du changement et ont permis d'accroître la sensibilisation à l'égard des principes de SSP. La formation interprofessionnelle avant et après l'obtention du permis d'exercer a été jugée comme étant primordiale dans la promotion de l'importance de la collaboration et de l'amélioration des compétences des praticiens en matière de collaboration. La compréhension des besoins de la population desservie par une équipe de soins en collaboration a également été une tendance émergente des initiatives. L'évaluation des besoins de santé des collectivités et des groupes de patients a permis aux organisations de former des équipes avec les fournisseurs appropriés. La participation des intervenants communautaires à l'évaluation des besoins et de la planification des modèles de soins en collaboration a aussi été jugée importante. L'initiative *Renouvellement des soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick* a permis de mettre sur pied cinq centres de santé communautaires et des équipes de fournisseurs de soins de santé en fonction des besoins de la collectivité.

Des modèles d'équipes de soins en collaboration visant des besoins particuliers, comme des équipes de soins pour personnes souffrant de maladies chroniques ou équipes de soins palliatifs, été élaborés dans certaines régions administratives afin de répondre aux besoins des patients atteints de maladies chroniques ou d'autres maladies. L'Initiative de SSP à Terre-Neuve-et-Labrador a créé huit équipes interprofessionnelles de SSP pour desservir certaines régions de la province. Un programme de prévention et de traitement des maladies chroniques a été élaboré, et des équipes de SSP ont mis en oeuvre des lignes directrices de pratique clinique fondées sur des preuves soutenant les services aux personnes diabétiques, dans les divers centres régionaux. L'initiative des soins en collaboration pour les patients atteints du diabète, considérée comme une réussite au Yukon, a permis d'améliorer la coordination et la collaboration entre les fournisseurs. Sur une période de 16 mois de soins dispensés en collaboration, le pourcentage de patients ayant subi un dosage de l'hémoglobine A1C est passé de 56 à 70 p. 100, et le pourcentage de ceux ayant subi un dosage des lipides à basse densité (LDL) est passé de 67 à 87 p. 100. L'initiative de l'Île-du-Prince-Édouard – *Restructuration du système du SSP* a permis de mettre sur pied dans toutes les régions



sanitaires de la province des programmes de soins palliatifs et des quarts de travail hebdomadaires assurés par des équipes des soins palliatifs interdisciplinaires facilitant la communication entre les fournisseurs des divers sites.

L'élargissement du rôle, un principe commun associé aux modèles innovateurs de soins en collaboration, permet aux divers fournisseurs de pratiquer leur profession dans un champ d'exercice élargi. L'élargissement des rôles des divers fournisseurs est une question répandue au sein des initiatives. Au Québec, des groupes de médecine de famille ont été organisés dans la province et faisaient intervenir des médecins de famille travaillant en étroite collaboration avec le personnel infirmier. *L'Initiative du FASSP du Manitoba* a jeté les bases des changements dans la prestation de services qui mettaient en cause de nouveaux rôles ou des rôles élargis pour les divers fournisseurs. La Saskatchewan a mis sur pied 17 équipes de SSP grâce au financement provenant du FASSP permettant d'accroître le nombre d'infirmières et infirmiers faisant partie d'une équipe de soins en collaboration dont le rôle est élargi.

La régionalisation des modèles de soins de santé en collaboration est aussi apparue comme une tendance émergente de certaines initiatives. Dans *l'Initiative du FASSP des Territoires du Nord-Ouest*, les services de santé interprofessionnels ont été organisés autour d'un modèle de prestation de services intégrés selon lequel les équipes de soins primaires à la collectivité sont soutenues par les équipes régionales. L'Ontario a adopté une grande variété d'approches aux équipes de SSP interprofessionnelles, en commençant avec environ 100 modèles de SSP, comme les groupes santé-familles, les réseaux santé-familles et les équipes santé-familles. Plus de 900 fournisseurs interdisciplinaires ont contribué aux nombreux projets de *l'Initiative du FASSP de l'Ontario* (p. ex. médecins, personnel infirmier, travailleurs en santé mentale, travailleurs sociaux, spécialistes en réadaptation et autres).

L'amélioration des communications entre les fournisseurs et la découverte de moyens plus sûrs et plus efficaces de partager des renseignements médicaux sur les patients sont des conditions essentielles pour soutenir les modèles de soins en collaboration du système de SSP. L'amélioration des systèmes de dossiers de santé électroniques s'est révélée une tendance clé dans la plupart des initiatives provinciales territoriales. Ces nouveaux systèmes visaient à améliorer le partage de

renseignements médicaux des patients et à accroître l'efficacité des soins. Au total, 92 modèles de pratique ont été mis en oeuvre ou améliorés durant la période de *l'Initiative du FASSP de la Colombie-Britannique*, et un nouveau système de dossiers médicaux électroniques a été adopté dans 85 p. 100 des sites. Les fournisseurs de SSP ont indiqué qu'ils étaient très satisfaits dans l'ensemble de ce nouveau système.

Somme toute, un des thèmes clés qui se dégage des initiatives financées par l'Enveloppe provinciale et territoriale a été les résultats positifs des expériences des patients et des fournisseurs avec les modèles améliorés de SSP concertés. Durant les périodes d'initiatives, les patients/clients ont noté une amélioration des éléments suivants : accès aux soins de santé; orientation vers les fournisseurs de services appropriés; désir de consulter et d'accepter des services dispensés par divers fournisseurs; degré de satisfaction plus élevé à l'égard des services reçus; et meilleure coordination des services de santé fournis. Les fournisseurs ont également indiqué avoir observé une meilleure collaboration et une plus grande autonomie professionnelle, et une satisfaction accrue qui résulte des meilleures possibilités qui leur sont offerts dans la participation de soins concertés axés sur le travail d'équipe. Les initiatives illustrent également bien l'importance accordée aux collectivités et aux intervenants dans la planification et la prestation des services.

2.2 Enveloppe multigouvernementale

L'Enveloppe multigouvernementale a permis de financer les initiatives concertées entre deux provinces/territoires ou plus. Les initiatives financées dans le cadre de cette enveloppe avaient pour but de soutenir et de compléter le renouvellement des activités de SSP mis en oeuvre par les provinces et territoires dans le cadre de l'Enveloppe provinciale et territoriale. Dans les trois initiatives examinées pour le présent rapport, une approche géographique régionale soutenue par l'Enveloppe multigouvernementale semble avoir contribué à promouvoir la prestation des soins en collaboration dans les diverses régions administratives et à l'étude des questions liées aux SSP concertés. Les approches régionales ont été fructueuses dans la mise en oeuvre de formations interprofessionnelles après l'obtention du permis d'exercer, la coordination des services de santé primaires et l'établissement de normes communes en ce qui a trait aux dossiers de santé électroniques.

Dans les provinces de l'Atlantique, la formation interprofessionnelle après l'obtention de permis d'exercer était l'élément clé de l'initiative *Assurer un meilleur avenir : Engagement des fournisseurs actuels dans un système renouvelé de soins de santé primaires dans les provinces de l'Atlantique*. Une collection de modules de formation professionnelle continue certifiée a été élaborée et distribuée aux fournisseurs et équipes de SSP des provinces atlantiques. Une formation continue menant au certificat conjoint en services de soins primaires a également été mise sur pied en collaboration avec les universités Memorial et Dalhousie. Les conclusions permettent de penser que cette stratégie de formation interprofessionnelle, réalisée après l'obtention du permis d'exercer, a permis d'améliorer les compétences liées à la collaboration interprofessionnelle. Les comités de travail cliniques interprofessionnels ont contribué à améliorer la coordination des services de santé mentale et de toxicomanie des diverses régions de la Colombie-Britannique et du Yukon dans le cadre de l'initiative *Intégration des soins primaires dans l'équipe multidisciplinaire : Traitement en collaboration des toxicomanies et des troubles connexes*. L'initiative *Infostructure de gestion des maladies chroniques pour l'Ouest du Canada* a permis de mettre au point les messages et les normes de données pour faciliter la gestion des maladies chroniques dans l'Ouest canadien. Cette initiative a également permis d'englober une transition vers la mise en oeuvre de cette infrastructure ou « infostructure » d'information dans les systèmes informatiques des régions administratives partenaires.

2.3 Enveloppe nationale

L'Enveloppe nationale avait pour but de s'attaquer aux problèmes et aux obstacles communs en ce qui concerne le renouvellement des SSP et de créer les conditions nécessaires, à l'échelle nationale, pour faire avancer le processus de renouvellement dans l'ensemble du pays. Les initiatives de l'Enveloppe nationale ont également permis de compléter des activités financées par l'Enveloppe provinciale et territoriale. L'Enveloppe nationale comportait trois types de financement : les stratégies nationales; les outils de transition; et les initiatives nationales.



Stratégie nationale sur le traitement en collaboration

L'engagement des associations professionnelles et des organismes de consommateurs en ce qui a trait à la détermination et la résolution des problèmes systémiques afin de promouvoir les conditions de SSP concertés est une des tendances communes se dégageant des initiatives de la Stratégie nationale sur le traitement en collaboration. Les initiatives de la Stratégie nationale ont également permis de concevoir toute une gamme d'outils et d'élaborer des cadres conceptuels et d'autres ressources pour guider la mise en oeuvre des soins concertés dans les divers établissements de SSP.

Deux initiatives ont mis l'accent sur les problèmes généraux liés à la promotion des SSP concertés auprès des groupes d'intervenants. L'*Initiative canadienne de collaboration en santé mentale* a permis d'élaborer une charte qui incitait ses partenaires à travailler en collaboration et de réaliser des stratégies de mise en oeuvre de soins concertés. L'*Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé : un processus de changement pour appuyer la collaboration* a engagé les fournisseurs de SSP et d'autres intervenants à élaborer un ensemble de principes directeurs et un cadre stratégique visant à améliorer la collaboration interprofessionnelle. Cette initiative a également permis de réaliser une sensibilisation à grande échelle aux avantages de la pratique en collaboration et de créer un organisme de recherche sur les pratiques exemplaires et la situation des soins concertés au Canada.

Deux initiatives ont réussi à élaborer des outils permettant de soutenir les modèles de soins concertés, le premier met en cause le personnel infirmier, et le second le personnel des soins de maternité primaires. L'*Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens (IP)* a permis de mettre au point divers cadres favorisant une réglementation plus cohérente pour les IP du Canada et de concevoir des outils qui facilitent l'intégration des IP dans les établissements de SSP. Le *Projet de soins primaires obstétricaux concertés* a permis d'élaborer des lignes directrices visant à concevoir des modèles de soins primaires obstétricaux concertés pour les divers établissements de soins de santé centrés sur le patient.

La cinquième initiative, *e-Therapeutics : Outils de gestion des pharmacothérapies pour rehausser la sécurité et les résultats* a permis d'élaborer un ensemble d'outils électroniques d'aide à la décision permettant un accès au point de service aux renseignements canadiens actuels fondés sur les preuves en matière de médicaments et de thérapies. L'initiative *e-Therapeutics* a été conçue pour intégrer ultérieurement des applications de dossiers électroniques de santé qui faciliteront les communications et l'échange d'information entre les membres des équipes de soins concertés.

Outils de transition

Il existe une tendance commune parmi les initiatives Outils de transition relativement à l'engagement et à la consultation des intervenants sur des questions de stimulation et de renforcement de la prestation de soins de santé primaires en collaboration dans différents contextes. Treize initiatives ont été examinées dans le cadre de ce rapport de synthèse, dont sept comprenaient des conférences et/ou des colloques visant à persuader les intervenants en SSP. Les consultations auprès des intervenants se sont tenues à l'échelle provinciale et nationale et portaient sur la prestation de SSP en collaboration, sur le rôle des technologies de l'information et des communications à l'appui des soins en collaboration et sur le rôle des aidants dans la prestation de SSP en collaboration.

À l'échelle provinciale et/ou régionale, les conférences *Façonner l'avenir des soins de santé primaires en Nouvelle-Écosse* et *Établir des soins de santé primaires* organisées par le Collège des infirmières et infirmiers autorisés de la Nouvelle-Écosse ont attiré 250 participants, dont des fournisseurs de SSP, des responsables des politiques et de la prise de décisions, des membres de District Health Authorities [autorités sanitaires de district], des conseils communautaires de santé et des organismes bénévoles. Le 6^e *Sommet national sur la lutte contre le cancer dans les communautés nordiques et rurales*, animé par le Centre régional de cancérologie du Nord-Ouest de l'Ontario, a donné l'occasion à des intervenants d'organismes de soins de santé basés dans des communautés nordiques, rurales, éloignées et autochtones de repérer les secteurs dans lesquels accroître la collaboration en matière de lutte contre le cancer.

À l'échelle nationale, l'*Atelier sur les soins de santé primaire et la télésanté : Établissons les liens*, d'une durée de deux jours, a réuni des participants des quatre

coins du pays pour la mise en commun d'information et la détermination de façons d'utiliser l'infrastructure de télésanté actuelle de chaque administration pour appuyer la réforme des SSP, notamment les modèles de soins en collaboration. Dans le cadre de l'initiative *Devenir partenaires : Une consultation visant à consolider l'appui à une stratégie canadienne de prestation de soins parmi les fournisseurs de soins de santé primaires*, un symposium national d'une durée de deux jours a été coordonné afin de mieux faire connaître et comprendre aux fournisseurs de SSP les obstacles auxquels sont confrontés les aidants, d'élaborer des approches visant à intégrer les aidants aux SSP et de créer des liens entre les intervenants. Cette initiative a permis d'attirer l'attention sur le rôle important des aidants dans les équipes de prestation de SSP en collaboration.

Initiatives nationales

Cinq initiatives nationales portaient expressément sur les soins en collaboration; deux d'entre elles ciblèrent des stratégies d'amélioration des soins en collaboration fournis aux patients atteints d'une maladie chronique. *Mainmise sur l'arthrite : Initiative communautaire nationale en soins de santé primaires* a fait appel aux fournisseurs pour accroître la confiance des professionnels de la santé à dépister et à traiter l'arthrite de même que pour approfondir leur compréhension des rôles des différents professionnels de la santé dans la prestation de soins interdisciplinaires. Dans le cadre de cette initiative, 30 ateliers interprofessionnels accrédités, dispensés à plus de 900 fournisseurs de soins de santé dans des communautés urbaines et rurales, ont été animés dans les 10 provinces sur les meilleures pratiques en matière d'arthrite. *L'Initiative de partenariat national entre les soins à domicile et les soins de santé primaires* a permis de prouver que le jumelage d'un gestionnaire de cas avec un médecin de famille pour la prestation de soins aux patients atteints d'une maladie chronique est avantageuse pour le patient, le médecin, le fournisseur de soins à domicile et le système de soins de santé. Le *Projet Pallium : Initiative intégrée de renforcement de la capacité d'offrir des soins* était un projet de partenariat établi entre des collaborateurs de l'Ouest canadien et des trois territoires dans le cadre duquel un cours multidisciplinaire accrédité à l'échelle nationale a été mis sur pied à l'intention des fournisseurs de SSP et des ressources pédagogiques ont été élaborées pour faciliter la prestation de soins palliatifs dans les communautés autochtones.

Deux initiatives visaient à améliorer les services de SSP fournis en collaboration à des populations cibles au Canada. Elles ont suscité une prise de conscience des besoins particuliers de ces populations en ce qui concerne l'accès aux services de SSP et de la façon dont les modèles de SSP en collaboration peuvent mieux répondre à ces besoins. L'initiative *Services d'interprétation dans les soins de santé : Meilleur accès aux soins de santé primaires* a permis de faciliter l'accès des personnes incapables de s'exprimer convenablement en anglais ou en français à des organismes de SSP à Vancouver, Toronto et Montréal. Cette initiative a fait connaître le rôle des interprètes au sein de l'équipe des SSP. L'initiative *Santé Arc-en-ciel : Améliorer l'accès aux soins* a également suscité une prise de conscience des problèmes de santé propres aux gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres. Dans le cadre de cette initiative, deux conférences nationales visant la discussion des enjeux et la mise en commun d'information et de ressources ont eu lieu, réunissant des centaines de professionnels de la santé, d'étudiants en soins de santé et de personnes de la communauté.

2.4 Enveloppe Autochtones

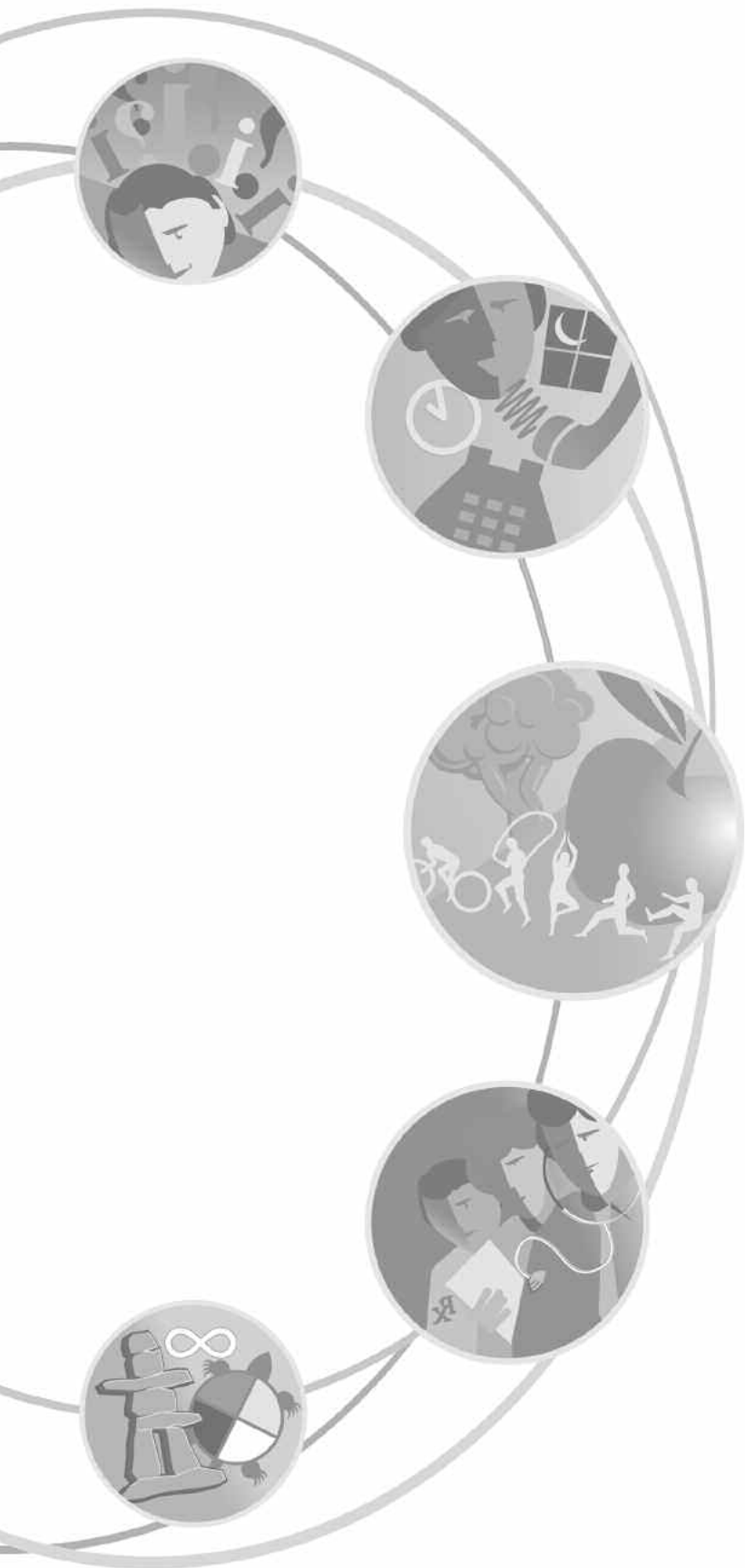
Les sept initiatives de l'Enveloppe Autochtones qui portaient sur les soins en collaboration partageaient le même thème, soit l'accroissement de l'efficacité de la prestation de services de soins de santé aux Autochtones, tout en renforçant la coordination de la prestation de services entre le gouvernement fédéral et les administrations provinciales/territoriales, les collectivités autochtones et les organismes de santé. L'initiative *Tui'kn* a permis l'élaboration d'un plan de ressources humaines en matière de santé en collaboration avec le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse qui prévoit

les services de médecins de familles et d'infirmières et d'infirmiers praticiens dans le cadre du modèle de prestation de SSP en collaboration. L'*Initiative d'intégration de la santé* visait à trouver des mécanismes permettant d'accroître la collaboration et l'harmonisation entre divers ordres de gouvernement afin d'améliorer l'accès aux services, et la qualité de ceux-ci, et de répondre aux besoins des différentes collectivités et populations de Premières nations et d'Inuits. Une des initiatives avait pour but de combiner des méthodes de pratique traditionnelles autochtones et de l'Ouest afin de former une nouvelle cohorte de fournisseurs de soins de santé aptes à travailler dans des communautés autochtones rurales ou nordiques. Le *Programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones* a permis d'établir le baccalauréat du programme de la profession de sage-femme, « Baccalauréat Kanaci Otinowawosowin » au University College of the North du Manitoba. Le programme est destiné à offrir des soins appropriés sur le plan culturel et à ramener les connaissances traditionnelles et l'amour-propre.

2.5 Enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle

Les soins en collaboration étaient aussi à l'honneur dans le cadre d'au moins deux initiatives financées par l'Enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle, soit *Amélioration de l'accès aux services des soins de santé primaires aux personnes d'expression anglaise du Québec* et *Réseautage Santé en français*. Dans le cadre de cette dernière initiative, 17 réseaux ont été établis dans bon nombre de provinces et de territoires afin d'améliorer les services de santé en français offerts à leur population francophone.





3 Apprentissages clés

La présente section du rapport de synthèse vise à résumer les résultats et les constatations dignes de mention qui ressortent de l'examen des initiatives du FASSP portant sur les soins en collaboration. Elle n'a pas pour but de présenter un méta-examen des constatations découlant de l'évaluation des initiatives. Ces constatations sont synthétisées sous les trois grandes catégories définies par Martin-Rodriguez et al. (2005) comme étant les facteurs déterminants d'une collaboration réussie en matière de soins de santé : interactionnels, organisationnels et systémiques.

3.1 Déterminants interactionnels

Les déterminants interactionnels sont les composantes des relations interpersonnelles au sein d'une équipe qui influent sur la collaboration. Ils englobent, entre autres, la volonté de collaborer et la présence d'une confiance et d'un respect mutuels ainsi que la communication. De par sa nature même, la collaboration est volontaire. Pour établir une collaboration, les fournisseurs doivent vouloir s'engager dans un processus de collaboration. La réceptivité à l'idée de collaboration et l'engagement des fournisseurs envers une approche de soins en collaboration sont essentiels à la présence d'une collaboration (D'Amour, Sicotte et Levy, 1999; Liedtka et Whitten, 1998). Le respect mutuel sous-entend la connaissance et la reconnaissance de l'interdépendance et de l'apport des différents professionnels au sein d'une équipe. Un manque de compréhension, de respect ou de valorisation de la contribution d'autres professionnels constitue donc un obstacle bien réel à la collaboration. La communication est un autre facteur interactionnel nécessaire à l'établissement de relations de collaboration.

Un certain nombre de constatations clés associées aux déterminants interactionnels ont été dégagées de l'*Initiative du FASSP du Manitoba*. La compréhension des rôles des membres de l'équipe et de la contribution que chacun peut apporter pour améliorer l'état de santé des clients est essentielle à la création de relations de confiance et au développement du concept d'équipe. Les processus officiels de développement du concept d'équipe se sont révélés particulièrement utiles dans cette initiative pour assurer la clarté des rôles et l'intégration des fournisseurs ainsi que pour mettre sur pied des processus et des structures de communication de l'information. La clarté des rôles était aussi l'une des constatations importantes découlant de l'*Initiative*

canadienne sur les infirmières et les infirmiers praticiens. Il a été établi que des lignes directrices et des cadres de gestion clairs propices à l'établissement de relations de travail efficaces sont indispensables pour faciliter et renforcer l'intégration des différents fournisseurs dans les modèles de soins en collaboration. Dans le cadre de l'*Initiative canadienne sur les infirmières et les infirmiers praticiens* et du *Projet de soins primaires obstétricaux concertés*, des cadres de travail et/ou des outils ont été conçus pour aider les intervenants à appliquer des modèles de SSP en collaboration. Les ressources et les outils élaborés lors de ces initiatives ont non seulement contribué à faire progresser les soins en collaboration dans les domaines respectifs visés par ces initiatives, mais ils ont également servi de modèles de pratiques exemplaires pour soutenir et promouvoir le renouvellement des SSP en collaboration dans d'autres contextes.

L'emplacement des fournisseurs semble être un facteur crucial au développement du concept d'équipe dans certains cas. Une des principales constatations de l'*Initiative du FASSP de l'Alberta* avait trait au fait que la co-occupation, les occasions informelles d'établissement de relations, l'interdépendance pour la prestation efficace de soins aux patients et la stabilité de la composition de l'équipe étaient des éléments importants pour la création d'équipes interprofessionnelles de SSP. L'*Initiative du FASSP des Territoires du Nord-Ouest* a aussi permis de conclure que lorsque les services sont regroupés sous un même toit, les fournisseurs peuvent avoir accès les uns aux autres et se consulter sur les cas des clients de façon plus personnelle et plus rapide. La co-occupation a aussi favorisé la compréhension, la valorisation et le respect des champs d'activité professionnelle, pour ainsi promouvoir la collaboration et la discussion sur les préoccupations courantes associées au partage des soins (p. ex. les questions de confidentialité et de responsabilité).

Des mécanismes de coordination et de communication appropriés sont essentiels à l'établissement d'une collaboration. La disponibilité de normes, de politiques et de protocoles interprofessionnels, notamment, profite à la prestation de soins en collaboration. Bon nombre d'initiatives ont fait ressortir que l'élaboration collective de manuels pratiques et de lignes directrices visant les soins en collaboration constitue un important facteur interactionnel ayant stimulé la collaboration. Dans le cadre de l'*Initiative pour l'amélioration de la collaboration*

interdisciplinaire dans les soins de santé, une panoplie de trousseaux d'outils accessibles sur le Web ont été créées, y compris la trousse de collaboration qui vise à aider les praticiens travaillant dans des contextes de soins en collaboration. En outre, l'*Initiative du FASSP de l'Ontario* a permis de créer un nombre de trousseaux/aides didactiques à l'intention des fournisseurs (p. ex. des instructions sur la mise sur pied d'un projet de SSP en collaboration) pour faciliter le travail d'équipe dans un contexte de SSP en collaboration.

Certaines initiatives prévoyaient aussi l'élaboration de lignes directrices à l'appui des modèles de soins en collaboration. Dans le cadre du *Projet de soins primaires obstétricaux concertés*, des lignes directrices à l'intention des équipes de soins concertés à la mère et au nouveau-né ont été établies. Ces lignes directrices indiquent les membres essentiels d'une équipe de soins en collaboration, désignent d'autres professionnels qui pourraient jouer un rôle vital dans la prestation de soins primaires de maternité et insistent sur la nécessité d'avoir des stratégies ou des systèmes de communication efficaces pour faciliter la prestation de soins en continu. La série de lignes directrices, de manuels pratiques et de trousseaux d'outils créés dans le cadre des initiatives du FASSP se fondaient sur des activités de recherche méthodique et appliquée, notamment des analyses documentaires, des analyses environnementales, des consultations auprès des intervenants, ainsi que sur une vaste collaboration interprofessionnelle et intersectorielle. Ces ressources seront utiles au soutien et à la promotion des SSP en collaboration, aujourd'hui et demain.

3.2 Déterminants organisationnels

Les professionnels travaillant seuls ne peuvent créer toutes les conditions nécessaires à la réussite. La collaboration n'existe pas seulement au sein d'une équipe, mais aussi dans le plus vaste contexte organisationnel qui l'influence. La structure organisationnelle peut être favorable ou nuisible à la capacité de fonctionner d'une équipe (Heinemann et Zeiss, 2002). La collaboration interprofessionnelle s'épanouit dans des contextes organisationnels caractérisés par des structures et des cadres favorisant l'adoption de nouvelles formes de travail d'équipe (Martin-Rodriguez et al., 2005). La mise en oeuvre d'approches de soins en collaboration nécessite un soutien administratif et du temps pour interagir et des espaces pour se réunir. Pour établir de solides relations de collaboration, il faut que les fournisseurs disposent de suffisamment de temps pour partager

l'information, établir des relations interpersonnelles et régler les problèmes auxquels est confrontée l'équipe (Mariano, 1989). Il est donc nécessaire que l'organisme prévoie le temps et l'espace communs requis par les professionnels d'une même équipe.

La présence de leaders capables de créer un contexte organisationnel propice à la collaboration facilite également l'établissement d'approches de soins en collaboration. La culture organisationnelle doit favoriser la collaboration et se traduire par l'appui et le leadership des chefs des organismes, l'enrayement des différences idéologiques et des disputes territoriales entre les praticiens, de même que la reconnaissance et la valorisation de la collaboration interprofessionnelle. La philosophie et les valeurs d'un organisme influent directement sur le degré de collaboration. Une philosophie privilégiant la participation, l'équité, la liberté d'expression et l'interdépendance est essentielle à l'établissement d'une collaboration au sein des équipes de soins de santé.

L'importance de l'appui des dirigeants a été signalée dans bon nombre d'initiatives; une des constatations clés de l'*Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé* était la nécessité d'un leadership efficace pour la réussite d'un changement. L'*Initiative de soins partagés de Bigstone-Aspen (BASIC)* a révélé que le leadership était un facteur important pour réussir la promotion et l'établissement de modèles de soins en collaboration, surtout un solide leadership/l'appui important des chefs administratifs des organismes partenaires. Un des principaux résultats de l'initiative *Intégration des soins primaires dans l'équipe multidisciplinaire : Traitement en collaboration des toxicomanies et des troubles connexes* se rapportait au fait que les régies régionales de la santé ont un rôle important à jouer dans l'intégration des soins en collaboration aux pratiques régulières; elles doivent assurer le leadership, établir des structures appropriées pour la gestion des programmes, faciliter la gestion du changement continu (application des connaissances, perfectionnement des compétences, formation) et offrir la possibilité de réaffecter des ressources pour créer des équipes de travail en collaboration. Un important résultat de plusieurs initiatives du FASSP montre que les leaders clés s'étaient réellement engagés à bâtir le soutien et à stimuler le renouvellement des SSP.

Les initiatives du FASSP ont révélé que la promotion des connaissances et des pratiques exemplaires a facilité la réalisation du changement en ce qui a trait

aux SSP en collaboration. Dans un certain nombre d'initiatives, des trousseaux d'outils, des manuels pratiques, des cadres de travail et d'autres ressources ont été établis pour orienter le processus de changement vers des modèles innovateurs de SSP en collaboration. À titre d'exemple, un guide canadien de facilitation à utiliser pour les processus de renouvellement des SSP a été préparé dans le cadre de l'initiative *Amélioration des soins de santé primaires : Apprentissage et application dans le cadre d'un modèle de système*. Le guide présente de l'information sur des outils conçus dans l'ensemble du pays pour faciliter le changement relatif aux SSP. Les nombreuses trousseaux d'outils et les nombreux manuels pratiques et documents cadres découlant des initiatives nationales du FASSP constituent des excellentes ressources pour faciliter l'établissement et la mise en oeuvre de modèles de SSP en collaboration.

La mise en oeuvre de changements prend du temps. En effet, une des constatations clés de l'initiative *Intégration des soins primaires dans l'équipe multidisciplinaire : Traitement en collaboration des toxicomanies et des troubles connexes* était que « la collaboration, peu importe le modèle ou l'approche particulière, nécessite du temps et du soutien pour changer les attitudes qui entraînent un changement dans les pratiques » [traduction]. L'*Initiative du FASSP de l'Alberta* a fait ressortir qu'il faut du temps pour mettre en oeuvre des nouveaux modèles contrastant avec le contexte culturel et organisationnel actuel du système de soins de santé. La gestion du changement s'est révélée indispensable à la réussite dans l'*Initiative du FASSP du Manitoba*. Dans cette province, où la gestion du changement a été planifiée et implantée efficacement, la mise en oeuvre de l'initiative a été un véritable succès. La promotion des connaissances sur les processus de changement et la multitude d'outils de gestion du changement associés aux soins en collaboration dans des contextes de SSP constituent d'importants résultats des initiatives du FASSP.

Les technologies de l'information et des communications (TIC) sont une composante essentielle de la communication, de l'innovation et de la collaboration des équipes de soins de santé. La connectivité électronique permet d'améliorer l'intégration des connaissances et des compétences des membres d'une équipe de soins en collaboration. L'accès électronique partagé aux dossiers de santé peut faciliter la collaboration avec des fournisseurs/organismes externes et le suivi de l'état d'un client. Bon nombre d'initiatives ont révélé que la mise en

oeuvre de systèmes efficaces de TIC était nécessaire au soutien et à la promotion de la prestation de soins en collaboration. Dans le cadre de l'*Initiative du FASSP de la Colombie-Britannique*, un résumé médical informatisé a été créé pour permettre le chiffrement et le transfert électronique à différents fournisseurs de soins de santé de l'information pertinente sur les patients. On a également préparé la trousse d'outils pour la gestion des maladies chroniques pour fournir des outils électroniques d'aide à la décision au point de service. Cette trousse est un outil de communication et de rapport Web protégé servant à la collecte et à l'analyse des données et à la formulation de rétroaction à l'intention des fournisseurs. Elle porte sur quatre conditions chroniques (l'insuffisance cardiaque globale, le diabète, la dépression, la maladie du rein) et est utilisée par plus de 1 300 professionnels de la santé. La trousse d'outils a aussi été adoptée par le Yukon, la Saskatchewan et le Manitoba.

Plusieurs initiatives ont également fait la promotion des connaissances dans l'utilisation de systèmes de télésanté pour accroître la collaboration interprofessionnelle, comme le projet de télésoins primaires : Démonstration du rôle de la télésanté dans l'amélioration des SSP financé par le biais de l'*Initiative du FASSP de l'Ontario*. Ce projet a fait appel à la technologie de la télésanté, soit à des vidéoconférences interactives et à des outils médicaux informatisés, aux fins d'une consultation interprofessionnelle amorcée par des infirmières et infirmiers praticiens. L'intégration de la télésanté à ce projet a permis d'améliorer la communication entre les fournisseurs de soins de santé. La connectivité électronique s'est également révélée utile dans l'*Initiative de partenariat national entre les soins à domicile et les soins de santé primaires* qui a permis à des médecins de famille et à des gestionnaires de cas de soins à domicile d'améliorer la communication et d'accélérer l'accès à l'information. Une constatation clé du FASSP est que les TIC jouent un rôle important dans l'amélioration des communications entre les membres d'une équipe de soins en collaboration.

3.3 Facteurs systémiques

La réussite des traitements en collaboration dépend d'un certain nombre de facteurs systémiques. Les facteurs systémiques sont des éléments externes à l'organisation, tels que des éléments relevant des systèmes social, culturel et professionnel ainsi que du système de l'éducation. Le système social comprend ces facteurs sociaux qui sont souvent à la source des différences de pouvoir

entre des professionnels au sein d'une équipe. L'égalité entre les professionnels, l'une des caractéristiques de base de la collaboration, est entravée lorsqu'il existe des différences de pouvoir parmi les professionnels membres d'une équipe. Des valeurs culturelles particulières peuvent également avoir des répercussions sur l'établissement de la collaboration entre des professionnels. L'affinité culturelle en faveur de l'autonomie stimule l'individualisme et la spécialisation plutôt que la pratique de collaboration (Mariano, 1989).

Le système professionnel a une forte influence sur le développement d'approches en matière de soins en collaboration. Les associations professionnelles cherchent à faire en sorte que leurs membres soient autonomes et respectés. Le système professionnel se fonde sur le « cloisonnement » de la pratique professionnelle qui constitue souvent un obstacle à la pratique de collaboration. Le processus de professionnalisation se caractérise par l'autonomie et le contrôle, plutôt que par la collégialité et la confiance; cette dynamique peut se traduire par une différenciation entre les professionnels et par des « comportements territoriaux » de la part des membres d'une équipe (D'Amour, Sicotte et Levy, 1999). Au cours de la phase de socialisation professionnelle, les professionnels de la santé sont également confrontés à des philosophies, des valeurs et des perspectives théoriques de base inhérentes à leurs professions respectives (Clark, 1995, 1997). De telles différences sont souvent des sources latentes de conflits et peuvent gêner le développement de la pratique de collaboration (Clark, 1995, 1997; Fagin, 1992; Mariano, 1989).

Un certain nombre d'initiatives du FASSP ont réussi à favoriser l'engagement de divers intervenants du système professionnel pour stimuler la collaboration en matière de SSP. L'engagement de ces intervenants était important pour la promotion de la sensibilisation et pour favoriser le changement. *L'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé* a permis de faire la promotion de la collaboration interprofessionnelle dans les centres de SSP au Canada par le biais de l'élaboration et de la signature d'un cadre et d'un ensemble de principes directeurs. Grâce à des consultations pancanadiennes, l'initiative a permis de déterminer le profil de soins en collaboration et de défendre les changements au niveau local. Dans le cadre de l'initiative, de longues consultations ont été menées auprès des membres d'associations professionnelles. L'initiative *Soutien accru aux médecins de famille en soins de santé primaires* mettait l'accent sur les besoins des

médecins de famille et sur la nécessité de fournir un soutien adéquat aux médecins de famille dans la gestion des changements que supposait la réforme des SSP. Une trousse de SSP, accessible sur Internet, a été créée dans le cadre de cette initiative, à l'intention des médecins de famille; cette initiative a également permis la constitution d'un groupe de leadership en matière de gestion du changement, groupe formé de médecin de famille provenant de partout au Canada. Ces initiatives étaient importantes pour amorcer et encourager les changements à l'intérieur du système professionnel pour promouvoir la collaboration en SSP.

Le système d'éducation est également l'un des principaux déterminants de la pratique interprofessionnelle en collaboration parce qu'il représente le principal levier pour la promotion de valeurs de collaboration chez les futurs professionnels de la santé (Martin-Rodriguez et al., 2005). Traditionnellement, les professionnels de la santé socialisent en s'identifiant fortement à leur profession et à la perspective de leur propre profession. Une telle socialisation explique pourquoi les autres professionnels d'une équipe sont méconnus. Les membres de chacune des professions connaissent très peu de choses sur les pratiques, l'expertise, les responsabilités, les compétences, les valeurs et les perspectives théoriques des professionnels œuvrant dans d'autres disciplines (Martin-Rodriguez et al., 2005). Cette réalité constitue l'un des principaux obstacles à la pratique en équipe en collaboration en soins de santé (Fagin, 1992; Mariano, 1989).

La formation interprofessionnelle était l'activité principale de plusieurs des initiatives du FASSP, et les résultats se sont traduits par une meilleure connaissance du rôle et de l'efficacité de la formation interprofessionnelle pour stimuler la constitution d'équipes de collaboration en SSP. La formation interprofessionnelle était un élément important des initiatives de SSP dans le Canada atlantique, par le biais de l'initiative *Assurer un meilleur avenir*. Plus de 683 modules de perfectionnement professionnel continu ont été donnés dans l'ensemble du Canada atlantique auprès de 8 891 participants, dont 1 620 infirmières, 113 médecins, 398 travailleurs sociaux, 214 cadres supérieurs, 138 diététistes, 122 animateurs, 147 professionnels et physiothérapeutes et plus de 1 000 autres professionnels de la santé. *L'initiative du FASSP de l'Alberta* a permis la mise en œuvre de services de sensibilisation et de formation pour soutenir les nouveaux modèles de collaboration en SSP, par le biais d'un « Interdisciplinary Primary

Health Care Team Project » [projet d'équipes interdisciplinaires de SSP]. Ce projet a permis l'élaboration d'un programme interprofessionnel à l'intention du personnel; le projet a été réalisé en collaboration avec l'Université de l'Alberta et l'Université de Calgary pour élaborer un programme interprofessionnel pour les étudiants. Un autre projet, le Collaborative Practice Education Project [projet de formation de pratique de collaboration] a été mené dans le cadre de l'*Initiative du FASSP du Manitoba* et s'est traduit par un programme officiel en pratique de collaboration, y compris la théorie, l'étude de cas en petit groupe et la formation clinique dans un modèle interdisciplinaire en vue d'augmenter le nombre de fournisseurs de SSP qui ont reçu une formation adéquate. Les résultats de ces initiatives montrent l'importance de la formation interprofessionnelle, tant avant qu'après l'obtention du permis d'exercer, pour améliorer les compétences de collaboration et encourager la collaboration interprofessionnelle dans les centres de SSP.

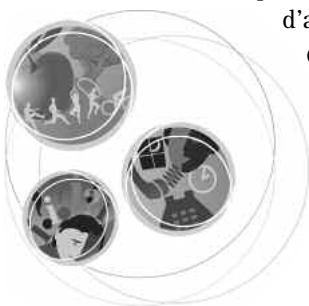
De nombreuses initiatives ont permis de constater la nécessité d'apporter des changements plus importants au système quant à la fiabilité, aux règlements, au financement et à la rémunération. Les consultations pancanadiennes organisées dans le cadre de l'*Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé* a permis de conclure que les méthodes actuelles de rémunération des fournisseurs de soins de santé n'encouragent pas la collaboration, et les problèmes de fiabilité et ceux liés aux règlements exigent de plus en plus d'efforts de la part des fournisseurs (Nolte, 2005). Un certain nombre d'initiatives ont réussi à favoriser l'acquisition de connaissances sur la façon de résoudre efficacement les différents problèmes systémiques, afin d'encourager et de soutenir les soins en collaboration dans les centres de SSP.

Des problèmes de rémunération ont émergé dans le cadre d'un certain nombre d'initiatives, particulièrement en ce qui concerne l'intégration des horaires flexibles, et des plans optionnels de compensation pour différents types de fournisseurs de soins de santé. De nombreuses initiatives ont permis d'intégrer avec succès des plans optionnels de compensation, tandis que d'autres ont permis d'entamer des discussions avec les groupes professionnels respectifs en vue d'explorer d'autres modèles de compensation. D'autres ont permis l'acquisition de connaissances en ce

qui touche les interrelations entre les modèles de compensation et de financement, grâce à l'élaboration de différents modèles de SSP en collaboration. À l'échelle nationale, l'*Initiative canadienne de collaboration en santé mentale* a proposé la nécessité d'un nouveau modèle de financement et de rémunération (ou d'incitatifs) afin de favoriser les approches de soins de collaboration dans la prestation de services en santé mentale. Ainsi, l'*Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens* a proposé des politiques de financement à long terme pour les infirmières et les infirmiers praticiens pour accroître leur déploiement et améliorer leur intégration au sein d'équipes de SSP.

Différents modèles de financement des SSP en collaboration sont également considérés comme des sources d'apprentissages clés, dans le cadre de nombreuses initiatives provinciales-territoriales qui visaient à résoudre des problèmes liés aux compensations. Une composante intégrale de l'*Initiative du FASSP de la Saskatchewan* supposait l'intégration volontaire des médecins dans les équipes de SSP et une autre méthode de paiement pour le remboursement plutôt que la formule traditionnelle de rémunération à l'acte. Le gouvernement provincial et les organisations régionales de santé [regional health authorities] ont travaillé en collaboration avec la Saskatchewan Medical Association [Association médicale de la Saskatchewan] sur l'élaboration d'un protocole d'entente, dans lequel le SMA serait le seul agent négociateur pour la rémunération à l'acte des praticiens et des médecins de famille, ainsi que sur l'élaboration d'un modèle de contrat qui s'appliquerait à tous les praticiens et médecins de famille qui sont membres d'une équipe de SSP. Les réformes de SSP et les initiatives du FASSP a souligné à Ontario que la flexibilité en modèles de compensation est très importante. Par exemple, les médecins membres d'équipes de santé familiale ont été en mesure de choisir l'un des trois modèles de compensation – salaire pondéré, capitation pondérée ou complément mixte – tandis que les fournisseurs qui n'étaient pas des médecins étaient financés par le Ministère, principalement en payant leurs salaires.

De nombreuses initiatives ont permis de déterminer avec succès quelles recommandations en particulier pourraient améliorer le cadre législatif et réglementaire afin de mettre en valeur les différents modèles de SSP en collaboration. L'importance des travaux relatifs aux règlements, travaux entamés dans le cadre de certaines initiatives du FASSP, a été accentuée par les défis que



posaient les règlements auxquels certains étaient confrontés. Une réglementation différente, les modifications apportées à la portée de la pratique et les pratiques en matière de référence, dans toutes les autorités compétentes, ont été considérées comme des défis clés dans la mise en œuvre de l'initiative *Mainmise sur l'arthrite : Initiative communautaire nationale en soins de santé primaires*. Les problèmes liés aux règlements sont également considérés comme les principaux obstacles au renouvellement des SSP par l'initiative *Intégration des soins primaires dans l'équipe multidisciplinaire : Traitement en collaboration des toxicomanies et des troubles connexes*, ainsi que par l'initiative *Soutien accru aux médecins de famille en soins de santé primaires*. Bien que la réforme des SSP s'applique à l'échelle nationale, la mise en œuvre des SSP s'effectue à l'échelle provinciale. Les lois et les politiques provinciales et territoriales engendrent parfois des obstacles particuliers. L'un des résultats importants des initiatives du FASSP a été de favoriser une sensibilisation à l'égard de la nécessité de faciliter la réforme de la réglementation. Le travail de base pour lancer cette réforme a été réalisé à la suite des initiatives du FASSP.

À l'échelle nationale, un certain nombre d'initiatives ont permis l'acquisition de connaissances et le développement de pratiques exemplaires concernant les moyens à privilégier pour faciliter les changements à apporter à la réglementation afin de soutenir les soins de collaboration. Le *Projet de soins primaires obstétricaux concertés (MCP²)* comprenait un examen des lois provinciales et territoriales de chacune des autorités compétentes qui régit les médecins de famille, les infirmiers et les infirmières, les infirmières et les infirmiers praticiens et les sages-femmes. Les problèmes liés à la réglementation, ainsi que les limites et le manque de flexibilité dans la portée de la pratique constituent les principaux obstacles à l'élaboration et à la mise en œuvre de modèles

de collaboration interprofessionnelle en matière de soins primaires obstétricaux. Il a été recommandé que tous les gouvernements s'assurent que les organismes de réglementation et les législateurs travaillent en collaboration avec les fournisseurs afin d'élaborer des règlements et des lois qui autorisent les soins obstétricaux et néo-nataux de collaboration pour que ces lois et règlements soient efficaces.

Deux initiatives, soit l'*Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé* et l'*Initiative canadienne de collaboration en santé mentale*, ont permis de formuler des recommandations sur la façon d'améliorer le cadre législatif et réglementaire pour mieux soutenir et améliorer les SSP en collaboration. Les initiatives du FASSP ont permis de mieux comprendre la nécessité d'une plus grande cohérence à l'échelle pancanadienne, puisque cette cohérence est liée au cadre législatif et réglementaire pour favoriser les SSP en collaboration. À titre d'exemple, l'*Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens* a confirmé que la mise en œuvre du rôle de l'infirmière et de l'infirmier praticien au Canada a été sporadique et non cohérente. Les provinces et les territoires qui ont adopté des lois et qui réglementent les infirmières et les infirmiers praticiens ne font pas preuve d'uniformité en ce qui touche le titre, la portée de la pratique, les exigences relatives aux permis d'exercer ou celles relatives au perfectionnement continu. L'une des recommandations clés formulée à la suite de la réalisation de l'*Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens* soulignait la nécessité d'établir des principes pour un cadre législatif et réglementaire pancanadien, y compris l'uniformisation des titres, de la portée de la pratique, de l'autonomie, de la reddition de comptes (ou la responsabilisation), des exigences relatives à la formation et de l'accréditation nationale des programmes de formation.

4 Répercussions sur les politiques et les pratiques

Le Canada a démontré clairement son engagement en ce qui concerne les politiques en vue du renouvellement des SSP, une assise pour un système de santé qui soit solide. L'un des principes fondamentaux du renouvellement des SSP au Canada s'est traduit par la nécessité d'un changement de cap en faveur d'une plus grande collaboration interprofessionnelle, où les équipes de fournisseurs doivent offrir des services de soins de santé complets et coordonnés aux malades hospitalisés. L'un des objectifs clé du FASSP était d'établir des équipes interdisciplinaires de fournisseurs de SSP, de sorte que la plupart des soins appropriés soient offerts par le bon fournisseur. Cet examen des initiatives du FASSP a soulevé un certain nombre de principales répercussions sur les politiques et les pratiques liées aux SSP en collaboration.

Les changements apportés aux politiques et les réformes apportées aux systèmes (c.-à-d. la fiabilité, la réglementation, la rémunération et le financement, la formation) semblent détenir un grand potentiel pour encourager et soutenir la collaboration interprofessionnelle en ce qui a trait aux SSP.

4.1 Fiabilité et améliorations apportées à la réglementation

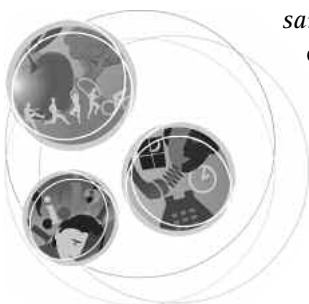
Les problèmes de fiabilité sont toujours source de préoccupations réelles chez certains fournisseurs de SSP. Dans le cadre du système juridique actuel, la négligence et la fiabilité sont évaluées en cour (par les juges), au cas par cas. La négligence peut s'expliquer par les normes de soins et par le fait qu'un fournisseur respecte ou non les normes de soins en des circonstances particulières. À l'heure actuelle, il est probable que la cour (et les juges) continueront de répondre aux cas de négligence professionnelle en mettant en application le cadre législatif conventionnel, grâce auquel la négligence est évaluée en fonction des normes individuelles du fournisseur de soins et en fonction du degré de responsabilité du fournisseur pour les soins prodigués au patient concerné. *L'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé* comprendrait des suggestions de changements :

- Mettre sur pied une coalition nationale réunissant les collèges réglementant les provinces et les territoires en vue d'une réforme de la loi;
- Présenter une réforme en matière de responsabilité civile, y compris l'établissement d'un maximum et d'un minimum en matière de responsabilités, et la classification des actions;
- Élaborer des énoncés conjoints, en fonction de la protection de la fiabilité professionnelle des fournisseurs;
- Établir un processus en vue de constituer efficacement des équipes chargées de clarifier les politiques, les procédures et les pratiques exemplaires.

Les cadres législatifs et réglementaires actuels de l'ensemble du Canada doivent être modifiés pour mieux soutenir les approches de soins en collaboration. La législation et la réglementation des soins de santé au Canada relèvent surtout des gouvernements provinciaux et territoriaux; chacune des compétences définit la portée des pratiques, les normes en matière de formation, les compétences de base, les cadres éthiques et les systèmes de reddition de comptes (responsabilisation) (Martin-Rodriguez et al., 2005). Les compétences diffèrent également entre elles par la structure législative de leur système de réglementation. Si la collaboration interprofessionnelle prenait l'apparence d'une institution et si elle était viable dans le secteur des SSP, les lois devront être plus souples puisqu'elles sont liées à l'autocontrôle des professions relevant du domaine de la santé. Les champions du gouvernement et les professionnels de la santé doivent travailler pour rendre la réglementation plus souple afin d'encourager et de soutenir les modèles de soins en collaboration.

4.2 Compensation et financement

Les modèles de financement adéquat et de rémunération sont nécessaires pour soutenir les changements en faveur de la collaboration interprofessionnelle en matière de SSP. Les consultations pancanadiennes organisées dans le cadre de *l'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé* révèlent que les méthodes actuelles de rémunération des fournisseurs de soins de santé n'encouragent pas, ni ne facilitent, la collaboration. Il existe diverses approches pour



le financement des services de SSP dont la prestation est assurée par des organisations ou par des fournisseurs : la rémunération à l'acte, le salaire, la capitation et les méthodes mixtes. Les différentes approches de financement provoquent différentes réactions chez les fournisseurs (Watson et Wong, 2005) et peuvent effectivement influencer la collaboration interprofessionnelle. Le système actuel de rémunération à l'acte pour le remboursement des médecins n'encourage pas la collaboration chez les fournisseurs de soins de santé et ne permet pas de reconnaître les efforts en matière de soins préventifs (Nolte, 2005). En théorie, la rémunération à l'acte et le paiement du salaire pourraient tous deux servir à payer le travail des équipes de fournisseurs de SSP (Watson et Wong, 2005). Plusieurs comités administratifs de soins de santé ont suggéré l'adoption de méthodes mixtes pour le financement, méthodes qui combinerait la capitation pour les populations inscrites pour des honoraires pour des services particuliers (Watson et Wong, 2005). Les systèmes de financement doivent être suffisamment flexibles pour être perçus comme des incitatifs à collaborer.

4.3 Formation interprofessionnelle

Les structures pour la formation des professionnels de la santé sont, par tradition, en grande partie « compartimentées » et les professionnels de la santé sont formés de façon quelque peu cloisonnée. Si l'on s'attend à ce que des professionnels de la santé travaillent en collaboration lorsqu'ils sont membres d'une équipe interprofessionnelle, ils devraient être prêts à s'engager dans ce type d'activité dans le cadre de leurs études de médecine, d'une formation clinique et du perfectionnement professionnel (Drinka et Clarke, 2000; Gilbert, 2004). Il n'est pas réaliste de penser que la collaboration relève du simple fait de réunir des professionnels et de former des équipes (D'Amour et al., 2005). Puisque les professionnels doivent se faire mutuellement confiance avant d'établir des processus en vue de la collaboration, des relations humaines doivent être établies au sein d'une équipe afin de créer une dynamique.

Il a été suggéré que la formation interprofessionnelle représente un pivot, stimulant les conditions et les compétences requises en faveur d'une collaboration soutenue en matière de SSP (Vanclay, 1996). Quelques commissions et comités – de même que des documents de politiques canadiennes – ont relevé l'importance de refondre la formation (préparation) et la formation professionnelle des professionnels œuvant dans le domaine

des soins de santé (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002; *Health Accord 2003* [Accord sur la santé 2003]; Conseil canadien de la santé, 2005). L'Initiative de formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (IFPPCCP) fait partie de la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé, de Santé Canada. Les objectifs sont :

- Promouvoir et prouver les avantages qu'offre l'IFPPCCP;
- Augmenter le nombre d'éducateurs prêts à enseigner dans une perspective interprofessionnelle, pour une pratique en collaboration centrée sur le patient;
- Augmenter le nombre de professionnels de la santé formés pour une pratique en collaboration centrée sur le patient, avant et après les débuts de leur pratique;
- Stimuler le réseautage et le partage des meilleures approches en matière de formation en faveur d'une pratique en collaboration centrée sur le patient;
- Faciliter les soins interprofessionnels en collaboration tant lors de la formation que dans les milieux de pratique.

Des initiatives telles que l'IFPPCCP sont importantes pour encourager et soutenir les changements apportés au système éducatif canadien pour la formation des professionnels de la santé.

4.4 Soutien organisationnel

Un certain nombre d'infrastructures clés (soutien de base) facilitent les changements à apporter au système ainsi qu'aux pratiques. Ces soutiens sont essentiels à la réussite, peu importe l'approche de soins en collaboration qui sera mise en œuvre, et comprennent la planification et la coordination ainsi que le perfectionnement des ressources, de même que la planification, la coordination et le développement de la gestion de projets et des technologies de l'information (matériel, logiciels, formation, soutien continu), des occasions bien agencées pour collaborer, des normes communes, des outils et des directives cliniques, des locaux et un financement adéquat, et des incitatifs.

L'utilisation efficace des TIC et les liens électroniques existants entre la santé et les soins (professionnels du mieux-être) sont des facteurs clés qui soutiennent les modèles de soins en collaboration en matière de SSP, afin que les fournisseurs soient en mesure de partager leurs connaissances et d'échanger de l'information concernant les patients et les services, en temps opportun et de façon coordonnée. Le principal obstacle à la réussite de la mise en œuvre de systèmes utilisant les TIC au sein des centres de SSP est la différence d'interface entre les sources de données. Les problèmes concernant la protection de la vie privée et la confidentialité, ainsi que la propriété et l'utilisation des renseignements préoccupent également autant les fournisseurs que les patients. Il est nécessaire d'apporter plus d'améliorations dans la technologie pour la standardisation et la sécurité dans le cadre de l'intégration et de l'adoption des TIC en SSP.

L'engagement et la participation des intervenants constituent des éléments clés dans le processus de lancement et de réalisation du renouvellement des SSP. Les intervenants doivent tenir compte de ceux qui reçoivent des services de santé et des soins (p. ex. patients, clients, consommateurs), la régie de la santé ou les administrateurs des régies régionales de la santé, les fournisseurs, les patients et les agences et les organisations faisant la promotion de la santé, et les décideurs.

4.5 Soins axés sur le patient

Un examen de la documentation laisse entendre que la conceptualisation du rôle du patient, du client et de la famille dans le processus de collaboration est peu satisfaisante (D'Amour et al., 2005). Il n'y a pas d'information détaillée sur la façon d'intégrer les patients et sur le rôle que les patients devraient jouer dans une équipe de professionnels de soins de santé. On est cependant convaincu que les patients (ou clients) doivent participer activement à leur propre mieux-être (soins) et, pour certains, au contrôle de la qualité des services (Nolte, 2005). Pour ce faire, ils doivent être mis au courant de l'existence du processus de soins en collaboration et du rôle que chaque personne joue dans l'équipe de professionnels de soins de santé.

Les soins axés sur le patient : une notion largement utilisée en matière de soins de santé. C'est une approche holistique des soins de santé, où le professionnel cherche à mieux



comprendre le monde du patient – en tenant compte de ses besoins affectifs, des circonstances et des contextes plus généraux qui influencent l'état de santé ou la maladie. Le rôle des fournisseurs de soins est également en train de devenir de plus en plus important, au fur et à mesure que la population canadienne vieillit et qu'un nombre de plus en plus élevé de membres de la famille prennent de plus grandes responsabilités pour prendre soin des êtres chers. Dans le cadre de plusieurs initiatives du FASSP, l'accent était mis sur le patient (ou le client) et la personne soignante, ce qui souligne l'importance du renouvellement en matière de SSP.

4.6 Planification des ressources humaines dans le secteur de la santé

Un problème majeur concernant le renouvellement des soins de santé demeure toujours présent : l'utilisation peu efficace des ressources humaines dans le secteur de la santé. L'apport, la composition et la répartition des fournisseurs de soins de santé, et la façon dont ces fournisseurs travaillent, seuls ou en équipe, a des répercussions importantes sur la prestation des SSP. Le fait qu'une communauté ait accès à des fournisseurs de soins est fondamental pour établir et mettre au point des modèles de SSP en collaboration. Pour certaines initiatives, la pénurie de certains professionnels de la santé constituait un obstacle fondamental à l'adoption de modèles de soins en collaboration.

4.7 Intégration des fournisseurs traditionnels

Il a été suggéré que la réussite en matière de collaboration dans les collectivités autochtones résulte probablement d'un plus grand nombre de perspectives attribuables aux pratiques traditionnelles en soins de santé, ainsi qu'aux soins de santé conventionnels de l'Ouest (Purden, 2005). Au sein de plusieurs collectivités autochtones, les équipes interprofessionnelles se composent de professionnels dont les pratiques sont traditionnelles ou conventionnelles (de l'Ouest), pratiques nécessaires à la prestation de soins de santé. La prestation de soins de santé au sein des collectivités autochtones requiert non seulement le traitement des enjeux interprofessionnels, mais sous-entend également le besoin de trouver des moyens pour que les fournisseurs de soins traditionnels déploient des efforts concertés pour la constitution d'équipes. Selon Purden (2005), une plus grande collaboration avec les fournisseurs traditionnels

– ainsi qu'avec les organismes communautaires – augmente le potentiel de développement de programmes de prévention et de santé publique qui tiennent davantage compte de la culture.

4.8 Formation des fournisseurs de l'Ouest

Les diplômés des programmes de formation de professionnels de la santé au Canada sont généralement peu préparés à travailler avec un nombre croissant de fournisseurs traditionnels qui sont embauchés pour fournir des soins directs dans les régions éloignées du pays (Purden, 2005). Purden (2005) pense que la prestation interculturelle efficace de services en soins de santé exige une collaboration interprofessionnelle qui soit élargie pour inclure les fournisseurs traditionnels qui ne font actuellement pas partie de l'équipe de soins de santé conventionnelle. Les établissements d'enseignement supérieur doivent présenter plus de possibilités aux étudiants et aux stagiaires, pour qu'ils puissent développer des compétences en matière de culture, comme cela

a été le cas pour le *Programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones*. Les fournisseurs traditionnels sont souvent exclus des consultations faites auprès d'autres fournisseurs de soins de santé, et le manque généralisé de mécanismes visant à s'assurer que l'information est partagée auprès des fournisseurs traditionnels donne à penser à un manque de confiance envers leurs connaissances, leurs compétences et leur jugement (Purden, 2005).

4.9 Des résultats tangibles pour les soins de santé primaires en collaboration

Il faudra des résultats tangibles pour prouver l'efficacité des modèles de soins en collaboration dans les centres de SSP et pour déterminer les caractéristiques des efforts de collaboration qui s'appuient sur des résultats positifs pour les patients et la santé, sur l'efficacité de l'organisation et une plus grande satisfaction du côté du patient et de celui du fournisseur.



5 Conclusion

Ce rapport de synthèse a passé en revue plus de 47 initiatives du FASSP qui traitaient des enjeux relatifs aux SSP en collaboration. L'aperçu de ces initiatives permet de constater la grande diversité des initiatives, tant sur le plan de leur nature que sur celui de leurs caractéristiques, initiatives qui ont été financées au niveau national, régional, provincial ou territorial. Cette récapitulation permet également de souligner 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. Dans l'ensemble, les initiatives du FASSP présentées ici ont permis de traiter des enjeux (ou des problèmes) relatifs aux SSP en collaboration, à différents niveaux, et les résultats et les conclusions de ces initiatives confirment l'importance des facteurs liés aux interactions, aux organisations et des facteurs systémiques en vue de soutenir et d'encourager la pratique en collaboration dans les centres de SSP.

En ce qui concerne les interactions, les fournisseurs de SSP doivent mettre en valeur la pratique en collaboration, respecter et comprendre les rôles des autres professions, avoir une compréhension commune de la collaboration interprofessionnelle en matière de SSP et être prêts à prendre part à la prise de décision avec d'autres membres de leur équipe respective. Les professions en elles-mêmes, y compris les associations professionnelles, ont un important rôle à jouer pour soutenir et valoriser les approches de soins en collaboration, comme étant fondamentales pour le renouvellement des SSP au Canada. Les activités relatives à la constitution d'équipes, y compris l'importance de la formation interprofessionnelle, se sont également avérées des stratégies importantes pour déterminer les changements sur le plan des interactions.

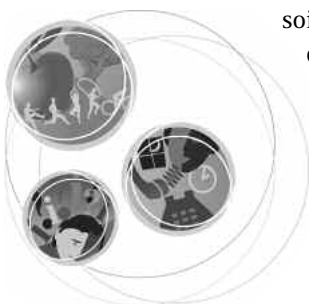
Il importe que les modèles de soins en collaboration, y compris la composition des ressources humaines dans le secteur de la santé, soient établis en fonction des besoins de la communauté, de la population ou du patient (ou client) qui reçoivent des services en soins de santé. Il en découle que les modèles de soins en collaboration varieront puisqu'ils dépendent grandement des caractéristiques particulières de la communauté, de la population et de la culture dans lesquelles ils sont mis en place, et ils sont également influencés par les

politiques gouvernementales qui s'appliquent. Les membres des équipes doivent également être en mesure de changer et d'évoluer pour combler les besoins des patients (ou des clients). Ces caractéristiques uniques des approches de soins en collaboration doivent être valorisées, reconnues et soutenues.

En ce qui a trait au système, il importe de traiter des enjeux liés à la fiabilité, à la réglementation et à la rémunération, de manière systématique et explicite, car ces enjeux (ou problèmes) sont toujours perçus comme étant des obstacles fondamentaux à la mise en œuvre d'approches en soins de collaboration au Canada. Beaucoup de progrès ont été réalisés par le biais d'initiatives telles que l'*Initiative canadienne de collaboration en santé mentale*, l'*Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé*, l'*Initiative canadienne sur les infirmières et les infirmiers praticiens* et le *Projet de soins primaires obstétricaux concertés (MCP²)*. Toutes ces initiatives ont permis de déterminer des secteurs dans lesquels des changements particuliers devraient être apportés dans les politiques et les systèmes, afin de favoriser les SSP en collaboration. Une réforme des politiques des systèmes (c.-à-d. la fiabilité, la réglementation, la rémunération, le financement et l'éducation) pourrait avoir un plus grand potentiel pour mieux encourager et soutenir la collaboration interprofessionnelle en matière de SSP.

La collaboration est un processus complexe, volontaire et dynamique. La complexité de la tâche dépend de l'existence de la collaboration et de son intensité et le processus de collaboration fait l'objet de changements constants. Les initiatives du FASSP sous-estiment le fait que les soins en collaboration ne sont pas assez connus et que nous ignorons encore comment la population canadienne – sans oublier les professionnels canadiens œuvrant dans le secteur de la santé – pourrait en tirer profit.

La viabilité est une notion dont l'importance a été soulignée au cours des discussions portant sur le changement. Tous les ordres de gouvernement soutiennent les doctrines fondamentales liées aux SSP, et tous ont adopté les principes en matière de SSP comme étant le fondement du renouvellement des SSP à l'intérieur de leurs compétences respectives. Le principal défi pour tous les ordres de gouvernement sera de soutenir l'engagement et de poursuivre le renouvellement des SSP et les



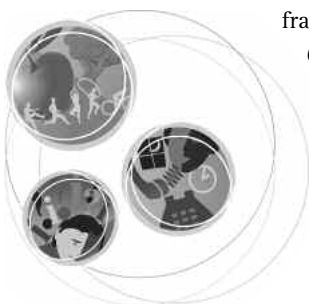
changements à y apporter. Les gouvernements doivent s'engager à effectuer des changements réels, ce qui sous-entend que les gouvernements devront faire

preuve de leadership et que la politique doit soutenir les initiatives de renouvellement des SSP et élargir la portée des SSP, de façon plus systématique.



Références

- Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. Extrait le 5 déc. 2006 de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index_f.html
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2005). *Prise de position sur l'ergothérapie et les soins de santé primaires (2006)*. Extrait le 15 janvier 2007 de <http://www.caot.ca/default.asp?ChangeID=188&pageID=188&francais=1>
- Barr, H. (1994). *Perspectives on shared learning*. London: CAIPE.
- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. (2005). *Effective interprofessional education – Argument, assumption and evidence*. CAIPE London, United Kingdom: Blackwell Publishing.
- Clark, P. (1991). Toward a conceptual framework for developing interdisciplinary teams in gerontology: Cognitive and ethical dimensions. *Gerontology & Geriatrics Education*, 12(1), 79–96.
- Clark, P.G. (1995). Quality of life, values, and teamwork in geriatric care: Do we communicate what we mean? *Gerontologist*, 35, 402–411.
- Clark, P.G. (1997). Values in health care professional socialization: Implications for geriatric education in interdisciplinary teamwork. *Gerontologist*, 37, 441–451.
- Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie. (2002). *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral – Rapport final – Volume 6 : Recommandations en vue d'une réforme*. Ottawa: Queen's Printer.
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). *Guidé par nos valeurs l'avenir des soins de santé au Canada: Rapport final*. Commissaire : Roy J. Romanow. Ottawa: Queen's Printer.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Martin-Rodriguez, L., & Beaulieu, M. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (1 Suppl), 116–131.
- D'Amour, D., Sicotte, C., & Levy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17, 68–94.
- Drinka, T., & Clarke, P. (2000). *Health care teamwork*. Westport, Connecticut: Auburn House.
- Fagan, C. (1992). Collaboration between nurses and physicians: No longer a choice. *Nursing and Health Care*, 13, 354–363.
- Freeth, D. (2001). Sustaining interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), 37–46.
- Gilbert, J. (2005). Interprofessional learning and higher education structural barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1 Suppl), 87–106.
- Grant, R.W., Finnocchio, L.J., & The California Primary Care Consortium Subcommittee on Interdisciplinary Collaboration. (1995). *Interdisciplinary collaborative teams in primary care: A model curriculum and resource guide*. San Francisco: Pew Health Professions Commission.
- Grumbach, K., & Bodenheimer, T. (2004). Can health care teams improve primary care practice? *Journal of the American Medical Association*, 291(10), 1246–1251.
- Health Council of Canada. (2005). *Health care renewal in Canada: Accelerating change*. Retrieved Dec. 5, 2006 from <http://hcc-ccs.com/index.aspx>
- Heinemann, G.D., & Zeiss, A.M. (2002). *Team performance in health care: Assessment and development*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Howkins, E., & Allison, A. (1997). Shared learning for PHC teams: A success story. *Nurse Education Today*, 17, 225–231.
- Liedtka, J.M., & Whitten, E. (1998). Enhancing care delivery through cross-disciplinary collaboration: A case study. *Journal of Healthcare Management*, 43, 185–205.
- Mable, A.L., & Marriott, J. (2002). *Sharing the learning: Health Transition Fund Synthesis Series: Primary health care*. Ottawa: Health Canada, Minister of Public Works and Government Services Canada.



- Mariano, C. (1989). The case for interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*, 37, 285–288.
- Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M., D'Amour, M., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration : A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1 Suppl), 132–147.
- McNair, R., Brown, R., Stone, N., & Sims, J. (2001). Rural interprofessional education: Promoting teamwork in primary health care education and practice. *Australian Journal of Rural Health*, 9 (Suppl), S19–S26.
- Nolte, J. (2005). *Enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care in Canada*. Extrait le 10 juillet 2006 de <http://www.eicp-acis.ca/fr/resources/research.asp>
- Oandasan, I., Baker, G.R., Barker, K., Bosco, C., D'Amour D. et al. (2006). *Teamwork in healthcare: Promoting effective teamwork in healthcare in Canada. Policy synthesis and recommendations*. Ottawa: Association canadienne des ergothérapeutes.
- Parsell, G., & Bligh, J. (1999). Interprofessional learning. *Postgraduate Medical Journal*, 74, 89–95.
- Parsell, G., Spalding, R., & Bligh, J. (1998). Shared goals, shared learning: Evaluation of a multiprofessional course for undergraduate students. *Medical Education*, 32, 304–311.
- Poulton, B.C., & West, M.A. (1993). Effective multidisciplinary teamwork in primary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 918–925.
- Pritchard, P., & Pritchard, J. (1992). *Developing teamwork in primary care: A practical workbook*. Oxford: Oxford Publications.
- Purden, M. (2005). Cultural consideration in interprofessional education and practice. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (1 Suppl), 224–234.
- Richards, A., Carley, J., Jenkins-Clarke, S., & Richards, D.A. (2000). Skill mix between nurses and doctors working in primary care-delegation or allocation: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 185–197.
- Roblin, D.W., Vogt, T.M., & Fireman, B. (2003). Primary health care teams: Opportunities and challenges in evaluation of service delivery innovations [redesigning ambulatory care]. *Journal of Ambulatory Care Management*, 26 (1), 22–35.
- Taylor, J., Blue, I., & Misan, G. (2001). Approach to sustainable primary health care service delivery for rural and remote South Australia. *Australian Journal of Rural Health*, 9, 304–310.
- Vanclay, L. (1996). *Sustaining collaboration between general practitioners and social workers*. London: Centre for the Advancement of Interprofessional Education.
- Watson, D., & Wong, S. (2005). *Canadian policy context: Interdisciplinary collaboration in primary health care*. Ottawa: Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care (EICP) Initiative.
- Way, D., Jones, L., & Baskerville, N.B. (2001). *Improving the effectiveness of primary health care through nurse practitioner / family physician structured collaborative practice* (Appendix Z). Ottawa: University of Ottawa. Retrieved Feb. 2, 2007 from http://www.familymedicine.uottawa.ca/eng/nurse_physician.aspx
- Zwarenstein, M., Reeves, S., & Perrier, L. (2005). Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure interprofessional collaboration interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (1 Suppl), 148–165.

Annexe

Liste des initiatives du FASSP touchant le thème de ce rapport : Soins en collaboration

Cette annexe contient des résumés des initiatives du FASSP qui ont été revus dans le cadre de la préparation de ce document. Pour de plus amples renseignements concernant ces initiatives, prière de consulter le site Web du FASSP : www.santecanada.gc.ca/fassp.

Enveloppe provinciale et territoriale

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

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

Contribution approuvée : 4 537 282 \$

D'un point de vue structurel, fonctionnel et technologique, le gouvernement du Yukon est confronté à de nombreux défis en ce qui concerne la prestation des services de santé. Par exemple, un tiers de sa population vit en petits groupes de quelques centaines de personnes, alors que les deux tiers vivent dans la capitale urbaine de Whitehorse. Malgré la petite population du Yukon, son système de soins de santé est plutôt complexe, les services étant fournis ou financés par trois différents ordres de gouvernement (fédéral, territorial et des Premières nations). L'espérance de vie des Yukonnais est d'environ 10 p. 100 moins élevée que la moyenne canadienne, et le territoire affiche les taux les plus élevés au Canada de mortalité causée par des accidents ou des blessures. Le gouvernement du Yukon a reconnu que des améliorations devaient être apportées quant à la coordination et à l'efficacité de son système de soins de santé, et que les rôles et les responsabilités des personnes, des familles et des collectivités devaient être examinés de plus près. Pour entamer le processus de changement, le Yukon a établi deux objectifs dans le cadre de ses initiatives : insister davantage sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des traumatismes et la prise en charge des maladies chroniques et faciliter la coordination et l'intégration avec d'autres services de santé. L'initiative a engendré la *Yukon Diabetes Collaborative*, qui met l'accent sur l'amélioration de la coordination et de la collaboration parmi les fournisseurs et que l'on considère largement comme une réussite. De plus, cette initiative a permis de négocier l'accès à la trousse de gestion des maladies chroniques de la Colombie-Britannique, de produire un guide de santé pour le Yukon, le *Yukon Health Guide* [guide de santé de Yukon], et de mettre en œuvre une initiative de formation à l'évaluation et au traitement du syndrome d'alcoolisme fœtal. Le projet visant l'élaboration de soins palliatifs a permis d'accroître la coordination parmi les fournisseurs de soins et de déterminer les principaux domaines de programmation à venir. De nombreuses technologies de l'information (TI) ont

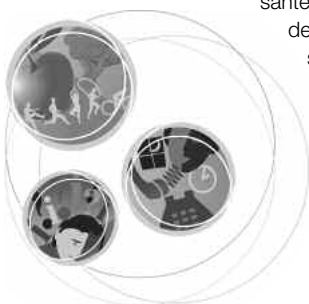
ouvert la voie à la mise en œuvre d'un dossier électronique de la santé et à d'autres développements en matière de TI au sein du territoire. Depuis le début, la durabilité a posé un défi de taille dans le cadre de l'initiative du Yukon, mais un nouveau financement a été offert par l'entremise du Fonds d'accès aux soins de santé dans les territoires pour certaines activités.

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

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : Ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest; avec la Tlicho Community Services Agency; la Yellowknife Health and Social Services Authority; la Beaufort Delta Health and Social Services Authority; la Fort Smith Health and Social Services Authority; la Dehcho Health and Social Services Authority

Contribution approuvée : 4 771 470 \$

Cette initiative a soutenu la transition de la prestation des soins de santé des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) vers un modèle de soins primaires communautaires. Ce modèle, qui constitue la base du Modèle de prestation de services intégrés (MPSI) mis en œuvre dans le territoire, vise à intégrer des services et des systèmes, des soins primaires communautaires aux niveaux de services secondaires et tertiaires. Il cherche à offrir une gamme plus complète de soins de santé primaires, du mieux-être et des services sociaux. Comprenant 11 projets et conçue pour promouvoir une approche de collaboration axée sur les clients en matière de soins et de services sociaux, l'initiative visait à éduquer le public et le personnel, à coordonner le renouvellement des soins de santé primaires des T.N.-O., à mettre sur pied des équipes et services intégrés de soins de santé primaires, à appuyer les services de santé génésique offerts aux femmes et à offrir une formation à divers fournisseurs de soins de santé, y compris les infirmières et infirmiers praticiens et les fournisseurs de services de santé communautaires. Les principales activités entreprises comprenaient l'animation de plusieurs ateliers visant à améliorer la capacité d'autogestion des soins et des choix sains et un symposium pour former les intervenants en santé sur les orientations de la réforme, la mise sur pied de deux services de santé interdisciplinaires le Centre de mieux-être intégré des services communautaires de Tlicho et la Clinique de santé communautaire de Yellowknife, la mise en œuvre de stratégies d'éducation du public afin de renforcer l'autogestion des soins, la conception et la mise en œuvre d'un programme sur la profession de sage-femme et d'une clinique de soins prénataux afin d'améliorer les services de santé génésique offerts aux femmes, la création de programmes de formation clés et plusieurs évaluations et activités connexes. Cette initiative a soutenu une meilleure compréhension du modèle de soins primaires communautaires et a favorisé la transition vers ce modèle de soins dans les T.N.-O. Plusieurs ressources clés ont été élaborées, dont un guide de l'autonomie en matière de santé (adapté aux T.N.-O. et offert en anglais et en français), des programmes sociaux et de santé adaptés aux besoins des collectivités et des



fournisseurs de santé des collectivités nordiques, comme le Programme de mieux-être du cheminement vers la guérison, le Programme de la profession de sage-femme et le Programme de santé des femmes du Nord et des programmes de formation tels que le Centre de formation clinique pour les infirmières praticiennes, la Formation pour les travailleurs de la santé de la collectivité autochtone et le cours de 18 heures sur la conduite pratique de l'allaitement.

Initiative de renouvellement des soins de santé primaires du Nunavut

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut

Contribution approuvée : 4 508 924 \$

Cette vaste initiative visait à relever certains des défis les plus pressants du Nunavut : le manque de ressources humaines de la santé et le fait que peu d'Inuits travaillent dans le domaine de la santé; le manque de possibilités de formation et de réseautage pour les travailleurs de la santé dispersés sur le territoire; le besoin d'améliorer l'accès aux services de soins de santé primaires; le besoin de relever les défis en santé de sa population dispersée et culturellement diversifiée, comme la santé mentale, la tuberculose et les infections transmissibles sexuellement; finalement, le besoin vital de promotion de la santé et de développement communautaire. L'initiative visait à accroître les services de soins de santé primaires au Nunavut par l'entremise de quatre objectifs particuliers : 1) l'établissement d'une clinique de soins de santé primaires et de réadaptation à Iqaluit; 2) l'accent sur la promotion de la santé et l'encouragement des soins de santé primaires auprès des communautés; 3) la création de projets de démonstration et l'appui à des événements de réseautage qui font la promotion de l'utilisation pratique des équipes interdisciplinaires de soins de santé primaires; et 4) la facilitation, la coordination et l'intégration des services de santé en vue d'améliorer et de renforcer la communication entre les fournisseurs de soins de santé primaires et leurs communautés. Ces objectifs ont été atteints de deux façons : en créant des programmes de formation adaptés à la réalité culturelle pour développer les ressources humaines en santé du Nunavut et en créant des ressources pédagogiques dans les quatre langues officielles du territoire pour régler de graves problèmes de santé publique. De plus, l'initiative a permis de créer des possibilités de développement communautaire et de participation aux programmes de santé et a facilité des réseaux interdisciplinaires dans les trois régions du Nunavut. Le programme de formation en santé mentale (diplôme en santé mentale), offert au Nunavut Arctic College, et la trousse d'outils *Engaging Nunavummiut : A Guide to Strengthening Community in Nunavut* [favoriser la participation des Nunavummiuts : un guide pour renforcer la communauté au Nunavut] ne sont que quelques exemples des ressources produites dans le cadre de cette initiative.

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

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique; avec les régies de la santé de la Colombie-Britannique et les organismes associés; le Collège des médecins de famille de la Colombie-Britannique; la B.C. Medical Association; des organismes non gouverne-

mentaux tels que la B.C. Healthy Heart Society; l'Université de Victoria; l'Université de la Colombie-Britannique; le Centre for Health Services and Policy Research (CHSPR) et les collectivités de la Colombie-Britannique

Contribution approuvée : 74 022 488 \$

La population de la Colombie-Britannique a connu une croissance de 19 p. 100 au cours de la dernière décennie, et d'au moins 36 p. 100 de ses habitants souffrent d'au moins une maladie chronique. Cette initiative visait principalement à aider les praticiens généraux à améliorer les soins aux populations prioritaires, populations dont la désignation reposait sur des preuves montrant l'existence de lacunes dans les soins. Les populations en question sont les suivantes : personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes âgées et vulnérables, les personnes atteintes d'une maladie mentale et les toxicomanes, les personnes se trouvant à la fin de leur vie, les femmes enceintes et les Autochtones. L'initiative touchait trois secteurs : l'amélioration des résultats pour la santé, l'appui à une gamme de modèles de pratique ainsi que le perfectionnement professionnel/développement organisationnel, les preuves et l'évaluation. Durant les quatre années de l'initiative, la Colombie-Britannique a principalement mis l'accent sur deux affections chroniques majeures : le diabète et l'insuffisance cardiaque globale. Elle a permis d'améliorer la qualité des soins—conformément aux lignes directrices sur la pratique clinique—chez les patients touchés par ces affections, alors que les taux de mortalité et d'hospitalisation semblent avoir diminué, permettant de réaliser des économies de dizaines de millions de dollars. La Colombie-Britannique a élaboré plus de 14 modèles distincts d'organisation et de prestation de services dans l'ensemble de la province, lesquels sont généralement intégrés aux modèles communautaires, aux pratiques familiales améliorées et aux réseaux de fournisseurs. Durant les quatre années de l'initiative, on a mis en œuvre ou amélioré 92 modèles de pratique, et 26 sites ont amélioré la structure ou la prestation des soins de santé primaires. On a introduit la technologie des dossiers électroniques médicaux dans 85 p. 100 des sites et la majorité des sites participaient à des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies. Dans l'ensemble, cette initiative a renforcé la capacité de la Colombie-Britannique à relever les défis en matière de soins de santé.

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

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

Contribution approuvée : 54 876 073 \$

De vastes initiatives de soins de santé primaires ont été entreprises dans le but d'améliorer l'accès aux services, l'intégration et la responsabilisation de ceux-ci. Ces initiatives visaient à susciter des changements fondamentaux et durables à l'organisation, au financement et à la prestation des services de soins de santé primaires en Alberta. Deux importantes stratégies ont été mises en œuvre :

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

L'Alberta a établi cinq objectifs en se fondant sur ceux du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires : 1) élaborer et intégrer des programmes innovateurs de promotion de la santé, de prévention des maladies et des blessures et de gestion des maladies chroniques, 2) élaborer, appuyer et utiliser des modèles de soins intégrés et d'autres méthodes novatrices de prestation des services, 3) élaborer et mettre en œuvre des stratégies efficaces de gestion du changement aux niveaux régional et provincial, 4) établir et mettre en œuvre des services d'éducation et de formation pour appuyer les nouveaux modèles de prestation des services et 5) déterminer et élaborer l'infrastructure qui appuie la prestation des soins de santé primaires. Health Link Alberta a amélioré l'accès jour et nuit aux services de soins de santé primaires appropriés, accru la coordination et l'intégration entre les services de soins de santé primaires et les fournisseurs, a mis davantage l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies ainsi que sur la gestion des maladies chroniques et a encouragé l'utilisation plus appropriée des ressources en matière de soins de santé en Alberta. Grâce au fonds pour le développement des capacités et à d'autres activités provinciales de coordination, l'Alberta a élaboré des modèles novateurs relativement à la santé mentale chez les enfants et mis l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, la gestion des maladies chroniques et d'autres secteurs des soins de santé primaires. Elle a également mis sur pied des équipes de fournisseurs de soins de santé, mis en œuvre de nouveaux modèles de soins et déterminé des stratégies de gestion du changement pour créer des équipes et appuyer le changement culturel vers la pratique multidisciplinaire.

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

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

Contribution approuvée : 18 592 405 \$

Le Saskatchewan Action Plan for Primary Health Care [le plan d'action pour les soins de santé primaires de la Saskatchewan] a été publié en décembre 2001 et visait globalement à améliorer la qualité des services de soins de santé primaires et l'accès à ces derniers. Toutefois, depuis la mise en vigueur du plan

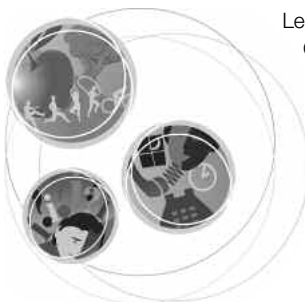
d'action, la Saskatchewan a modifié sa structure de gouvernance et a réorganisé ses 32 districts de santé en 12 organisations régionales de santé (ORS). La Saskatchewan a eu l'intention de former ses réseaux et ses équipes de soins de santé primaires au sein des nouvelles ORS et a fixé les objectifs suivants en ce qui concerne son initiative de soins de santé primaires : renforcer la capacité au sein du ministère de la Santé et des ORS, élaborer des programmes de soins de santé primaires dans les ORS grâce au développement communautaire et à la formation d'équipes, mettre sur pied une ligne de conseils téléphonique offerte 24 heures par jour, offrir des possibilités de formation afin d'améliorer le niveau de compétence des membres de l'équipe de soins de santé primaires et élaborer des mesures d'encouragement pour que des médecins participent au plan. La Saskatchewan a été en mesure d'atteindre ces objectifs grâce à la création de 37 équipes de soins de santé primaires, qui servent environ 23 p. 100 de la population. Plus de 90 p. 100 des équipes donnent accès à un médecin ou à une infirmière praticienne autorisée 24 heures par jour, sept jours par semaine. Health Line, la ligne de conseils téléphonique provinciale, a géré plus de 200 000 appels depuis août 2003 et comprend maintenant un service d'information en ligne sur la santé. Un projet provincial de constitution d'équipes a amené une expertise en matière de formations d'équipes à toutes les ORS. Le nombre d'infirmières praticiennes travaillant dans un rôle élargi et le nombre de médecins d'autres plans de paiement qui font partie d'une équipe de soins de santé primaires ont tous les deux augmenté. La Saskatchewan s'engage à renouveler son système de soins de santé primaires. Les activités financées par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires se poursuivront, en partie, grâce au financement offert par le gouvernement fédéral dans le cadre de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé.

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

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

Contribution approuvée : 20 844 059 \$

Pour renouveler son système de soins de santé primaires, le Manitoba a établi trois objectifs : 1) promouvoir la création d'organismes de soins de santé primaires qui offrent aux Manitobains des services fondés sur les principes des soins de santé primaires (avec un objectif connexe de planification et de services basés sur les besoins), 2) permettre aux fournisseurs de soins de santé primaires d'offrir des services qui reflètent les principes des soins de santé primaires (avec des objectifs connexes de planification de la formation interdisciplinaire et d'autres modèles de rémunération pour les médecins et d'autres fournisseurs de soins de santé primaires) et 3) améliorer la capacité des organismes des soins de santé primaires à fournir ces services (avec des objectifs connexes visant à fournir une infrastructure et des outils tels que des lignes directrices et des techniques



de gestion du changement) pour appuyer le passage vers la réforme des soins de santé primaires. À la suite de cette initiative à l'échelle provinciale, plusieurs centres de soins de santé primaires ont vu le jour à Brandon, à Camperville, à Waterhen, à Niverville et à Winnipeg. Ces centres desservent environ 77 000 personnes. L'accent a été mis sur la création d'équipes par l'entremise d'initiatives telles que la *Collaborative Practice Education Initiative* [initiative sur les pratiques de collaboration en matière d'éducation] et le *Comprehensive Assessment, Referral and Access System* [système complet d'évaluation, d'aiguillage et d'accès]. Les services en santé sont devenus plus intégrés grâce à l'initiative *Urban Primary Care Oncology Network* (UPCON) (réseau urbain de soins de santé primaires en oncologie), lequel établissait des liens entre les oncologistes et les médecins de famille afin d'offrir aux patients des soins plus coordonnés. On a également entrepris des projets liés à la technologie de l'information, tel que le *Community Service Information System* [système d'information sur les services communautaires] à Winnipeg et l'élargissement de la télésanté à Churchill. Malgré certains défis (p. ex., d'importants retards au niveau de l'avancement et de la mise en œuvre, des difficultés en matière de recrutement et de maintien en poste ainsi que des questions liées à la gestion du changement), cette initiative a servi d'assises au renouvellement des soins de santé primaires au Manitoba en améliorant l'accès, en renforçant l'intégration du système et en améliorant la qualité des services. Les ressources élaborées par cette initiative comprenaient un programme en aval visant à surveiller les patients aux prises avec une insuffisance cardiaque congestive, un manuel sur les soins de santé primaires avec des outils et des renseignements pratiques à l'intention des patients, des clients et leurs familles, des ressources relatives à la mise sur pied d'équipes et à la gestion du changement ainsi qu'un programme interdisciplinaire d'études universitaires de 2^e et de 3^e cycle sur la pratique de collaboration.

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

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : **Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario**

Contribution approuvée : 213 170 044 \$

Afin de faire progresser les soins de santé primaires dans ses frontières, l'Ontario a entrepris neuf initiatives clés de renouvellement des soins de santé primaires, qui visaient à : améliorer l'accès aux soins de santé primaires; augmenter la qualité et la continuité des soins de santé primaires; accroître la satisfaction des patients et des fournisseurs de soins; et promouvoir la rentabilité des services de soins de santé primaires. De façon particulière, l'Ontario voulait s'assurer que les modèles de paiement et de prestation offraient une souplesse sur le plan des soins de santé primaires, tout en respectant les objectifs convenus à l'échelon national quant au renouvellement des soins de santé primaires. Quatre des neuf initiatives ont été appliquées à l'administration centrale. Il s'agit de l'adoption de nouveaux modèles de prestation de soins de santé primaires, de l'élaboration de systèmes et de la technologie de l'information, de la communication, et de la gestion de projets. Les cinq autres initiatives ont été exécutées au moyen de subventions de fonctionnement (101) et ont englobé : des projets de démonstration, de recherche et d'évaluation (projets interdisciplinaires); des projets d'accréditation; des projets de direction et de formation; des projets de santé mentale; et des projets de réadaptation. En outre, l'Ontario a accordé 59 subventions d'équipement, dont la majorité

ont servi à l'intégration de différentes disciplines dans des pratiques. Pendant les quatre années d'exécution de l'initiative, l'Ontario a privilégié les mesures suivantes : favoriser l'adoption par les médecins et les patients d'autres modèles de prestation de soins de santé primaires; concevoir et mettre en œuvre des systèmes de technologie de l'information, dont des systèmes d'aide à la décision et de gestion de flux de travaux; créer plusieurs ressources pour les patients et les fournisseurs de soins; mettre sur pied un nouveau programme d'études pour accroître les connaissances et les compétences dans les domaines de l'amélioration continue de la qualité et de la collaboration interdisciplinaire; et concevoir un nouveau processus d'accréditation. De plus, l'équipe ontarienne de soins de santé primaires a assuré la gestion continue, la surveillance permanente des progrès réalisés et le rapport de toutes les initiatives. Ces activités comprenaient plusieurs visites dans le cadre de projets de subventions de fonctionnement et d'équipement. En outre, l'équipe a organisé des activités prépondérantes de transfert des connaissances, y compris la tenue de conférences et de deux ateliers dont le but était d'informer les participants des progrès réalisés sur le plan de la stratégie de transformation de l'Ontario et de partager avec eux les leçons apprises. La présente initiative a fait progresser la stratégie de prestation de soins de santé primaires de l'Ontario. Plus de 90 équipes interdisciplinaires de soins de santé primaires ont été mises sur pied, et l'adhésion aux nouveaux modèles de prestation de soins de santé primaires a connu une hausse importante. De plus, les projets de subventions d'équipement et de fonctionnement ont fourni l'infrastructure, les ressources humaines qualifiées de même que les nouveaux services et programmes nécessaires pour renforcer les services de prestation de soins de santé primaires. Plusieurs ressources ont été créées au moyen de trousseaux, de pratiques exemplaires et de protocoles, de modèles novateurs de prestation de soins, d'instruments d'évaluation, de modules de formation, de régimes de soins de santé ainsi que de normes d'accréditation.

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

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : **Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec**

Contribution approuvée : 133 681 686 \$

Le Québec a fait des Groupes de médecine de famille (GMF) l'une des pierres d'assise de sa réforme. Un GMF est essentiellement une nouvelle organisation composée de médecins de famille travaillant en groupe, en collaboration étroite avec des infirmières, et qui offre une gamme étendue de services à une clientèle qui s'y inscrit librement. Les groupes font partie d'un réseau plus étendu (comprenant d'autres GMF, des hôpitaux et d'autres services). La gamme des services offerts par les GMF comprend notamment la prestation de soins adaptés à l'état de santé des patients inscrits, la prévention des maladies et la promotion de la santé, l'évaluation de l'état de santé, et le diagnostic et le traitement des affections aiguës et chroniques. Les GMF ont pour but d'assurer la viabilité et l'accessibilité du système de soins de santé primaires du Québec. Leurs objectifs sont compatibles avec les objectifs fixés lors de la Conférence des premiers ministres FPT (fédéral/provinciaux/territoriaux) 2000 sur le renouvellement des soins de santé primaires au Canada, de même qu'avec les objectifs communs du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) :

- Donner aux gens du Québec l'accès à un médecin de famille;

- Assurer une plus grande accessibilité des services ainsi que la prise en charge globale (continuité des services) et le suivi des patients;
- Améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux ainsi que l'organisation des services de première ligne;
- Développer des services qui sont complémentaires avec ceux de centre local de services communautaire (CLSC); et
- Reconnaître et valoriser le rôle du médecin.

Les GMF ont été proposés par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) en décembre 2000, et le gouvernement du Québec a annoncé leur création en 2001. La province a déclaré son intention d'inscrire 75 pour cent de la population sur les listes des GMF au cours des prochaines années. Elle prévoit établir un nombre total d'environ 300 GMF sur son territoire. L'implantation de la première vague des GMF a débuté à l'automne 2002. Les fonds FASSP ont contribué à cette évolution déjà commencée. En février 2006, un peu plus de 100 GMF étaient en activité ou à des stades variables d'implantation. Environ 1 000 médecins de famille et 200 infirmières y travaillent et près de 800 000 Québécois y sont inscrits. D'autres GMF sont en phase d'accréditation. Une étude de cas fait par l'Université de Montréal de cinq GMF de la première vague a noté qu'il y a eu un progrès notable en la collaboration entre les médecins et les infirmières dans la majorité des GMF à l'étude et que la majorité des usagers ne voient que des avantages de s'inscrire à un GMF.

Renouvellement des soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick; Agence de promotion économique du Canada atlantique; Service Croix bleue de l'Atlantique; Entreprises Nouveau-Brunswick; Conseil national de recherches Canada

Contribution approuvée : 13 689 805 \$

Le renouvellement des soins de santé primaires (SSP) au Nouveau-Brunswick vise l'amélioration de l'accès aux SSP au sein d'un système qui offrira les services de santé appropriés, de la façon appropriée, au moment opportun, par le bon fournisseur, à un prix abordable pour les contribuables. La vision du Nouveau-Brunswick pour un avenir en santé déplace l'accent des soins actifs vers les services communautaires. Deux priorités ont été dégagées : l'établissement d'un réseau de centres de santé communautaire (CSC) et l'amélioration des services ambulanciers. Cinq CSC ont été mis sur pied et sont maintenant fonctionnels. On a donné une formation aux fournisseurs de soins de santé au moyen de cinq conférences provinciales et de l'initiative de formation Building a Better Tomorrow [Bâtir de meilleurs lendemains]. On a également conçu un guide d'orientation à l'intention du personnel de tous les

CSC. Le système de dossiers de santé électroniques est en place et sera bientôt accessible partout. Plus de 500 ambulanciers ont reçu une formation en technique spécialisée de maintien des fonctions vitales. On a mis à niveau le service de répartition des ambulances et la technologie de l'information connexe. Plus de 500 infirmiers et infirmières travaillant dans

les salles d'urgence de la province ont reçu une formation approfondie et peuvent maintenant évaluer et traiter les patients qui n'ont pas besoin des services d'un médecin, puis leur donner leur congé. De même, plus de 800 infirmiers et infirmières auxiliaires autorisé(e)s (IAA) ont reçu une formation qui leur permet de travailler dans la pleine mesure de leurs moyens dans les maisons de soins infirmiers et les régions régionales. Le projet pilote de télésanté (programme extramural de soins à domicile) est en cours. Il est évident que le Nouveau-Brunswick est déterminé à appuyer le travail entrepris dans le cadre de cette initiative. Deux autres CSC ont ouvert leurs portes et la planification d'un troisième est en cours. On a investi dans les installations, les technologies et les stratégies de changement dans le but d'atteindre les objectifs prioritaires du Nouveau-Brunswick. De son côté, le ministère de la Santé a redirigé les ressources existantes vers le soutien et le maintien de ces projets. Dans l'ensemble, le Nouveau-Brunswick semble engagé dans la bonne voie pour fournir des soins de santé primaires à ses habitants par l'entremise des CSC.

Renouvellement des soins de santé primaires de la Nouvelle-Écosse

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Contribution approuvée : 17 073 265 \$

Le document *Nova Scotia's Vision for Primary Health Care* [vision de la Nouvelle-Écosse en matière de soins de santé primaires], mis au point en 2003, a posé le cadre dans lequel s'inscriraient les plans et les activités de renouvellement des soins de santé primaires (SSP) de la province. Le ministère de la Santé, en collaboration avec le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP), a mis au point trois initiatives transitoires à l'appui de cette vision : améliorer les services de SSP et créer de nouvelles façons de mettre sur pied des organismes et des réseaux durables de soins de santé primaires; supporter les coûts du changement (pour encourager les groupes de professionnels des soins de santé primaires à travailler en collaboration au sein de nouveaux réseaux ou organismes de SSP); soutenir la transition du système de SSP vers un système de dossiers électroniques des patients. Le ministère de la Santé et les District Health Authorities (DHA) [autorités sanitaires de district] ont planifié et mené ensemble toute une série d'activités pour faciliter cette transition. L'initiative a renforcé la capacité des DHA à soutenir les activités de planification communautaire visant le renouvellement des SSP. Elle a soutenu la planification et la mise en œuvre de nouveaux réseaux/organismes renforcés; mis en place des structures et des processus transitoires, ainsi que les outils nécessaires à l'évaluation des initiatives; fourni une aide financière pour l'amélioration des organismes de SSP en établissant, par exemple, des espaces physiques qui faciliteraient la communication, le réseautage et la participation au processus de planification des SSP; appuyé la mise sur pied de modèles durables pour les organismes de SSP, y compris les régimes de paiement différents, des équipes comprenant des infirmières praticiennes et des initiatives de gestion des maladies chroniques et de promotion de la santé. La Nouvelle-Écosse a également effectué un travail de base en prévision de la mise en œuvre des dossiers de santé électroniques : définition de normes pour les logiciels cliniques, élaboration de politiques de confidentialité et de sécurité, soutien à la mise en œuvre, élaboration d'une stratégie d'évaluation, achat/mise à niveau de matériel informatique et de logiciels. Le programme « Diversity and Social Inclusion » [diver-



sité et inclusion sociale] est à l'origine des premières lignes directrices provinciales en matière de services de SSP adaptés aux différences culturelles du Canada. On trouvera une description détaillée de l'initiative de renouvellement des SSP sur le site Web provincial : www.gov.ns.ca/health/primary_healthcare/default.htm.

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

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) :
Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard

Contribution approuvée : 6 526 879 \$

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

Pour atteindre ces objectifs, on a mis en place cinq initiatives, à savoir : la création de cinq centres de santé familiale axés sur la collaboration; la mise au point d'une stratégie provinciale de vie saine; l'intégration des soins palliatifs; l'amélioration de l'utilisation des médicaments; et la promotion du recours à la vidéoconférence. Au cours des quatre années d'exécution de l'initiative (2002–2006), l'Î.-P.-É. a adopté une approche progressive et étape par étape afin de faire progresser les trois premières initiatives. En conséquence, les centres de santé familiale sont actuellement au service d'environ 22 800 personnes (16 p. 100 de la population de l'Î.-P.-É.), et les employés de ces centres ont tous reçu une formation sur la pratique collaborative et les SSP. La stratégie de vie saine a soutenu divers programmes visant la promotion de modes de vie sains, dont plusieurs concernaient les enfants. Les employés de première ligne responsables des soins palliatifs et les équipes des ressources cliniques de la province ont reçu une formation de base et accrue pour appuyer et fournir les soins palliatifs. En outre, un programme intégré de soins palliatifs a été instauré à l'échelle de la province. Les ressources principales qui se rattachent à cette initiative comprennent, entre autres, la création de cinq centres de santé familiale et la constitution d'équipes de pratique collaborative, la mise en place d'activités et de programmes nombreux et variés de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques, ainsi que l'établissement d'un modèle de prestation des services de soins palliatifs reconnu à l'échelle nationale et d'équipes de ressources cliniques en soins palliatifs.

Soins de santé primaires à Terre-Neuve-et-Labrador

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : **Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador**

Contribution approuvée : 9 705 620 \$

Cette initiative provinciale visait principalement la prestation de soins de santé primaires (SSP) par des équipes à au moins cinquante pour cent de la population au plus tard en 2010. Elle avait quatre objectifs bien précis : accroître l'accessibilité et la durabilité des SSP; favoriser la prestation de services complets, intégrés et fondés sur des données probantes; promouvoir l'autonomie et la santé chez les citoyens et les collectivités; et renforcer la responsabilité et la satisfaction des professionnels de la santé. Au cours des quatre années d'exécution de l'initiative, on a entrepris un large éventail d'activités, qui ont mené à la mise en place de huit équipes de SSP. Trois autres équipes en sont aux premières étapes de la mise en œuvre de propositions, tandis que trois équipes mettent la dernière touche aux leurs. Les équipes ont élaboré les propositions en s'inspirant des besoins de la population. De nombreux professionnels ont participé à la constitution des équipes en plus de collaborer à la mise en application des processus de cadres de fonctions. De plus, les résultats des premières évaluations démontrent une évolution positive vers un travail d'équipe accru. Des comités consultatifs communautaires ont été créés dans toutes les régions représentées par des équipes de SSP. En outre, en collaboration avec les responsables de la coalition provinciale de la stratégie de mieux-être et du mieux-être régional, toutes les équipes de SSP ont augmenté leur soutien aux initiatives qui favorisent le mieux-être. Les activités de collaboration liées à la gestion des maladies chroniques (GMC) ont été mises au point dans les sept régions rurales représentées par des équipes de SSP, tandis qu'elles en sont à leur tout premier stade de mise en œuvre en milieu urbain. Les processus d'évaluation ont été établis en bonne et due forme pour toutes les régions représentées par des équipes de SSP et pour les projets spéciaux (comme le partage accru de l'information). Aussi, des partenariats ont été conclus avec des universités en vue d'un enseignement supérieur et d'un perfectionnement professionnel. Des partenariats ont été créés également avec le Newfoundland and Labrador Centre for Health Information quant à la progression de plusieurs initiatives de gestion de l'information en vue de leur évaluation et de leur orientation éventuelle (partage de renseignements électroniques sur la santé, télésanté, dossiers médicaux électroniques [DME] et système de classification ICPC2 pour les SSP). Les résultats prévus de l'initiative se traduisent par de meilleurs résultats pour la santé, un meilleur état de santé, la durabilité et une plus grande rentabilité.

Enveloppe Autochtones

Initiative de soins partagés de Bigstone–Aspen (BASIC)

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : Health Commission de Bigstone; avec l'Aspen Regional Health Authority; le Municipal District of Opportunity; la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits—région de l'Alberta; l'Alberta Health and Wellness; le programme ACADRE de l'Université de l'Alberta

Contribution approuvée : 1 995 000 \$

La bande autochtone Bigstone Cree Nation regroupe plusieurs collectivités relevant de l'Aspen Regional Health Authority [régie régionale de la santé d'Aspen]. En raison de la géographie du territoire et des caractéristiques démographiques de cette collectivité des Premières Nations, il est difficile d'y recruter et d'y maintenir en poste des professionnels de la santé et, donc, d'offrir à la population un accès équitable aux services de soins de santé. Pour toutes ces raisons, le territoire de Bigstone ne jouissait pas d'un éventail complet de services de soins de santé. Il y avait également un désir de concentrer les services autour de deux points d'intérêt particulier : la promotion de la santé et la prévention, ainsi que la gestion des maladies chroniques comme le diabète (courantes dans la collectivité). L'Initiative de soins partagés de Bigstone-Aspen (BASIC) a permis d'établir trois objectifs pour s'attaquer à ces problèmes : l'intégration des services de santé et la collaboration, le partage d'information entre secteurs de compétence et la mise au point d'un modèle de remboursement des médecins reposant sur un plan de relation différent (« Alternate Relationship Plan »). Le modèle de prestation partagée des soins à domicile mis au point pour cette communauté offre maintenant une gamme complète de services. Un nouveau modèle de prestations des services selon un plan de relation différent fournit quant à lui un nouveau modèle de remboursement des médecins. On a construit une installation multi-usages pour une collectivité éloignée accessible seulement par voie aérienne. La nouvelle installation offre des services locaux de santé, d'aide à l'enfance et sociaux en utilisant une approche multidisciplinaire. Tant Bigstone qu'Aspen ont réorienté des fonds pour couvrir les coûts permanents de ces nouveaux services.

Transition de la communauté et de l'organisme pour améliorer la santé de tous les habitants du Nord

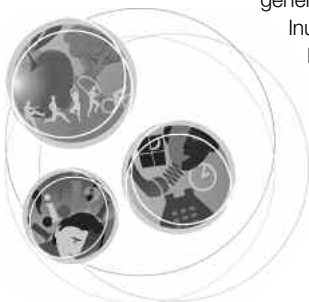
Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : Mamawetan Churchill River Regional Health Authority; avec la régie de la santé d'Athabasca; la régie régionale de la santé de Keewatin Yatthé; Northern Inter-Tribal Health Authority; Prince Albert Grand Council; Meadow Lake Tribal Council; Lac La Ronge Indian Band; Peter Ballantyne Cree Nation; Population Health Unit, Northern Health Authorities; Santé Canada, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, région de la Saskatchewan; Saskatchewan Health, District Management Services, région du Nord; Northern Medical Services, Université de la Saskatchewan, Collège de médecine

Contribution approuvée : 3 272 536 \$

La majorité de la population du nord de la Saskatchewan se compose de Cris, de Dénés et de Métis et 45 p. 100 de la population est âgée de moins de 18 ans. Il est difficile de fournir des services de soins de santé primaires dans cette région composée de plusieurs collectivités éloignées et ce, particulièrement en raison du mauvais état de santé de la population. En 2001, afin de mieux répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé, de nombreux intervenants de services de santé provinciaux/régionaux, de services de santé des Premières nations, de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada et de Saskatchewan Health ont formé le Northern Health Strategy Working Group (NHSWG) [Groupe de travail de la Stratégie de santé du Nord]. Cette initiative visait à renforcer la façon de faire des organismes membres en matière de soins de santé primaires. Dans le nord de la Saskatchewan, on cherche à offrir des soins de santé primaires complets, accessibles, coordonnés, fiables, durables et de bonne qualité. Les trois objectifs précis de l'initiative étaient les suivants : clairement articuler la Stratégie de santé du Nord et la communiquer aux autres, faciliter l'élaboration et l'approbation d'un plan de travail qui aborde les mesures immédiates et à court et à long terme liées à la mise en œuvre d'une stratégie de santé et élaborer des partenariats/ententes parmi les organismes membres. Les partenaires ont déterminé dix priorités, soit la santé mentale et la toxicomanie, la gestion des maladies chroniques, la santé périnatale, la santé orale, les ressources humaines, la technologie de l'information, la gestion des renseignements sur la santé, les communications, le développement communautaire ainsi que la prise de décisions entre les divers ordres de gouvernement. On a formé des comités consultatifs techniques et élaboré des plans de travail, selon des étapes constantes établies pour chacune de ces dix priorités. Les personnes qui ont participé à l'initiative ont mentionné que celle-ci avait permis de promouvoir la sensibilisation collective et de créer des partenariats, surtout afin d'élaborer des ressources humaines en santé dans le Nord. Elle a permis de présenter la technologie et d'en faire la promotion, de partager la formation (p. ex. sur l'autogestion des patients et les entrevues sur la motivation), de promouvoir la communication, de faire avancer les ressources de promotion/prévention de la santé et d'élaborer des stratégies pour apporter des améliorations en matière de soins aux malades chroniques, de santé orale, d'allaitement et de santé sexuelle. Les organisateurs croient que cette initiative a permis aux intervenants en santé de réaffirmer leur engagement envers la Stratégie de santé du Nord de la Saskatchewan et de soutenir leurs efforts collectifs afin de transformer des aspects importants du système de soins de santé du nord de la Saskatchewan pour veiller à ce que le système soit aussi homogène et équitable que possible.

Initiative d'intégration de la santé

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



Contribution approuvée : 10 800 000 \$

Les Premières nations et les Inuits reçoivent des services de soins de santé par l'intermédiaire des services offerts par le système de santé fédéral aux collectivités ainsi que des systèmes de santé provinciaux et territoriaux. Divers rapports gouvernementaux ont souligné la nécessité de mieux coordonner les services de santé. Afin de répondre à ce besoin, on a créé l'Initiative d'intégration de la santé pour : explorer, élaborer et analyser des modèles en vue d'une meilleure intégration des services offerts par le système de santé fédéral aux collectivités des Premières nations et des Inuits, et des services de santé provinciaux et territoriaux; et établir des mécanismes de collaboration et d'harmonisation entre les programmes communautaires fédéraux et les systèmes de santé provinciaux et territoriaux. Au cours des trois années d'exécution de l'Initiative d'intégration de la santé (2003–2006), on a entrepris des activités de recherche appliquée et d'élaboration de politiques en plus de financer huit projets d'intégration. Ces projets visaient : à mettre à l'essai les aspects pratiques de l'intégration des systèmes de santé financés par le gouvernement fédéral pour les Premières nations et les Inuits, et des systèmes de santé provinciaux et territoriaux; à éliminer le chevauchement des efforts; à déceler les lacunes liées aux services; à créer des économies d'échelle potentielles; et à cerner les points à améliorer (rapidité de diffusion de l'information, accès aux services et qualité de ces services). Parmi les réalisations propres à l'initiative, mentionnons : l'élaboration de lois en vue de la création d'une autorité sanitaire des Premières nations au nord de l'Ontario; la conception d'une structure intégrée de prestation de soins de santé pour les résidents de la Première nation et de la collectivité de Norway House; l'adoption d'une approche intergouvernementale et axée sur la collaboration pour favoriser le contrôle du diabète au nord de l'Alberta; et l'intégration des services de soins primaires de la région régionale de la santé et des services de santé communautaire dans la Première nation d'Elsipogtog. Des plans communs de prestation de soins de santé, des ressources et des outils (comme des cartes de soins, des directives et des politiques) ont été conçus et continueront certes d'inspirer la prestation des services de santé dans les collectivités. Les projets financés ont tous été mis en œuvre avec succès. La plupart des premiers résultats semblent démontrer que les projets ont contribué à une évolution vers l'établissement de partenariats en collaboration qui faciliteront la mise en place du fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones pendant la période de 2006 à 2010.

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

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : Manitoba Keewatinook Ininew Okimowin; avec la région régionale de la santé de Burntwood

Contribution approuvée : 2 925 150 \$

Le Northern and Aboriginal Population Health and Wellness Institute [Institut de santé et de mieux-être des populations du Nord et autochtones] a été créé en réponse aux préoccupations croissantes à propos de l'état de santé en déclin des peuples autochtones vivant dans le Nord. Des problèmes et des obstacles gouvernementaux ont été désignés comme des facteurs qui empêchent la mise en œuvre de solutions plus efficaces à cette situation. Le Northern and Aboriginal Population Health and Wellness Institute a entrepris une démarche axée sur la collectivité en matière d'identification, d'ex-

ploration et de recommandation de résolutions de problèmes qui contribuent au déclin de l'état de santé et du mieux-être des peuples autochtones et du Nord, en mettant un accent particulier sur l'amélioration de l'accès aux services de soins de santé primaires. Cette initiative visait à favoriser la prestation de services de soins de santé primaires de façon plus productive et plus économique et à améliorer la qualité et la pertinence des services de soins de santé primaires dispensés aux peuples autochtones. Pour y parvenir, l'initiative a examiné des façons d'intégrer des ressources et des services actuels et d'améliorer leur coordination. L'initiative vise trois thèmes prioritaires : le diabète, le suicide chez les jeunes et les méthodes curatives traditionnelles. Les activités comprenaient des recherches et des consultations auprès d'un grand nombre d'intervenants, en mettant l'accent sur la participation des collectivités locales. Le Northern and Aboriginal Population Health and Wellness Institute a réussi à établir des liens parmi un grand nombre d'organismes qui ont le mandat d'améliorer l'état de santé des peuples vivant dans le nord du Manitoba. Il a également établi un précédent en ayant fait participer des collectivités des Premières nations du Nord au processus décisionnel dans le domaine des soins de santé. Le site Web de l'initiative (www.naphwi.ca) donne accès à quelques-unes des publications les plus importantes qui ont été élaborées.

Initiative Tui'kn

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

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

Contribution approuvée : 2 946 380 \$

Les cinq bandes des Premières nations du cap Breton (Nouvelle-Écosse), présentent quelques-uns des taux les plus élevés de morbidité et de décès prématurés au pays ainsi que des taux de diabète quasi épidémiques. Comme cette situation soulève de grandes préoccupations, l'initiative Tui'kn (qui signifie « passage » en Mi'kmaq) a vu le jour afin d'intégrer une nouvelle façon de penser en matière de santé et de prestation de soins de santé dans les cinq collectivités. Elle visait les quatre buts suivants : supprimer les obstacles à un modèle de soins de santé primaires intégré, holistique, culturellement pertinent et multidisciplinaire, créer le mécanisme de planification concertée et des partenariats dans chaque collectivité, entre les cinq collectivités et parmi les administrations locale, de district, provinciale et fédérale, créer la capacité de recueillir, gérer et interpréter l'information sur la santé à l'échelon local et concrétiser le modèle renouvelé de soins de santé primaires. Au cours de ses trois années, l'initiative a permis d'entreprendre quatre stratégies et de déterminer quatre piliers de mesures à prendre en priorité. Les quatre stratégies étaient les suivantes : atteindre un effectif complet de médecins de famille, aider les infirmières à pratiquer selon leur plein potentiel, mettre en œuvre un système de dossiers électroniques du patient (DEP) dans les cinq sites Tui'kn et renforcer la capacité des collectivités à recueillir, à gérer et à interpréter des renseignements sur la santé en formant des coordonnateurs de l'information sur la santé et de l'évaluation dans chaque collectivité et grâce à l'élabora-

tion d'un système d'information sur la santé qui relie divers ensembles de données. Les quatre piliers de mesures collectives étaient les suivants : la prévention et la gestion du diabète, la consommation non traditionnelle du tabac, la prévention des blessures chez les enfants et l'abus de médicaments sur ordonnance. Des plans d'action, des partenariats et une publication ont découlé du travail effectué sur ces piliers. Grâce à cette initiative, les cinq bandes ont acquis de la confiance et ont appris qu'elles pouvaient travailler ensemble afin de déterminer et de relever les défis liés aux soins de santé, entre autres, auxquels ils sont confrontés. Elles ont appris à renforcer la capacité de la collection, de l'interprétation et de la manipulation des renseignements sur la santé à l'échelle communautaire. Elles sont parvenues à recruter des professionnels des soins de santé et ont établi un système d'information sur la santé qui leur permet de suivre les tendances, l'utilisation et les résultats et de recourir à des analyses afin d'appuyer des décisions cliniques, politiques et de financement.

Programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : Santé Manitoba; avec Enseignement postsecondaire et Formation professionnelle Manitoba; le University College of the North [collège universitaire du Nord]; la régie régionale de la santé de Burntwood; l'Office régional de la santé NOR-MAN; Santé Canada, la Direction régionale de la santé des Premières nations et des Inuits; la nation crie de Norway House; le College of Midwives of Manitoba [collège des sages-femmes du Manitoba]; le Kagike Danikobidan

Contribution approuvée : 1 690 927 \$

En raison de la pénurie de fournisseurs de soins et du manque de services dans le nord du Manitoba, la plupart des femmes enceintes qui habitent au nord du 53^e parallèle doivent quitter leur collectivité et leur famille plusieurs semaines avant la date prévue de leur accouchement. Cette pratique coûteuse est difficile à assumer pour elles, leur famille, la collectivité et le système de soins de santé. Santé Manitoba croit que la réglementation de la profession de sage-femme constitue une stratégie importante pour aborder la pénurie de fournisseurs de soins de maternité qualifiés dans sa province et ailleurs. Ainsi, on a créé le Programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones, dont l'objectif général consistait à « établir un programme complet et durable de la profession de sage-femme au Manitoba qui reflète un mélange de méthodes de pratique traditionnelles autochtones et de l'Ouest, et les systèmes de soutien nécessaires, à l'intention des personnes d'ascendance autochtone ». Pour élaborer ce programme, Santé Manitoba a entrepris de longues consultations auprès de collectivités autochtones afin de recueillir des commentaires concernant le contenu et les méthodologies d'enseignement du programme, d'apprendre des aînés au sujet des traditions et des pratiques qui devraient être intégrées au programme, d'obtenir un soutien communautaire et politique, de déterminer des lieux d'enseigne-

ments convenables et de recruter des étudiantes potentielles. Il a également consulté des experts en enseignement et en apprentissage à l'intention des Autochtones et a reçu des conseils quant à la façon d'examiner et d'adapter les modèles de programmes réussis existants afin de refléter une vision autochtone. *Le baccalauréat du programme de la profession de sage-femme, « Baccalauréat Kanaci Otinowawosowin »,* qui signifie « profession de sage-femme sacrée » en cri, en est le résultat. Depuis septembre 2006, il est offert au University College of the North. Une fois diplômées, les étudiantes pourront présenter une demande d'inscription au College of Midwives of Manitoba à titre de sages-femmes praticiennes. Grâce à ce programme, Santé Manitoba et ses partenaires espèrent contribuer à faire augmenter les ressources humaines en matière de santé dans le Nord et à améliorer la santé maternelle et infantile au moyen de soins communautaires, constants et rentables de qualité. Au-delà de ces réalisations, ils espèrent que ce programme stimulera la fierté des Autochtones par rapport à leurs traditions, qu'il permettra de ramener les connaissances traditionnelles et l'amour-propre au sein des collectivités et, finalement, qu'il contribuera à ramener l'expérience de la naissance dans la collectivité. Le site Web www.amep.ca offre des renseignements sur cette initiative ambitieuse.

Initiative de mise en œuvre d'un système de radiologie numérisée et de téléradiologie au Nunavik

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Nunavik; avec Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM); les Centres de santé du Nunavik; le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

Contribution approuvée : 801 900 \$

Cette initiative a été conçue afin de rendre disponible en tout temps et rapidement les services d'un radiologue pour la population du Nunavik, où les services de santé primaires étaient dépendants sur l'utilisation d'appareils radiologiques traditionnels. L'initiative a réussi à obtenir des appareils radiologiques numériques et des postes de consultation pour deux centres de santé, à Kuujjauq et à Puvirnituq. Des systèmes d'archivage des images (PACS) ont été acquis pour les deux centres de santé, et un poste diagnostique dédié aux images du Nunavik a été installé à l'Hôpital général de Montréal. L'initiative s'est engagée dans la formation du personnel aux sites de l'emplacement de l'équipement et a facilité le commencement des activités cliniques. L'initiative a contribué au renforcement des services radiologiques et a augmenté la qualité des examens ainsi que la précision des analyses. L'initiative a aussi réussi à augmenter l'accès aux spécialistes. Depuis le début des activités clinique (mai 2006), 500 radiographies étaient transmises par mois. La réduction des délais accomplis par l'initiative résulte dans une amélioration des services d'urgence pour la population du Nunavik.



Enveloppe multigouvernementale

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

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse; avec le ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador; le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick; le ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard; l'Université Dalhousie; l'Université Memorial de Terre-Neuve

Contribution approuvée : 7 011 126 \$

On ne peut renouveler les soins de santé primaires sans prendre des dispositions pour renseigner les personnes les plus touchées par les changements : les fournisseurs de soins de santé primaires. Étant donné le rôle des soins de santé interdisciplinaires en ce qui concerne la progression de la réforme en soins de santé primaires, les quatre provinces de l'Atlantique, soit la Nouvelle-Écosse (la province porte-parole), le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador, ont entrepris l'initiative *Assurer un meilleur avenir* pour permettre aux fournisseurs de développer de nouvelles compétences et de démontrer de nouveaux comportements. Il s'agit d'un programme de formation interprofessionnelle destiné à donner aux fournisseurs la préparation et les outils dont ils ont besoin pour travailler avec succès avec les autres, en équipe. Ce programme se compose d'une série de sept modules de formation de base : Compréhension des soins de santé primaires, Établissement des relations communautaires, Promotion du travail d'équipe, Résolution des conflits, Facilitation de l'apprentissage des adultes, Dossier électronique du patient, Planification et évaluation du programme. Ces modules ont été élaborés, expérimentés, évalués et offerts grâce à cette initiative. *Assurer un meilleur avenir* a rassemblé des milliers de professionnels de soins de santé et leur a permis d'apprendre à travailler efficacement en équipe et à prodiguer des soins de santé différemment. Toutes les provinces de l'Atlantique ont adopté les modules et les programmes de base de l'initiative *Assurer un meilleur avenir* dans le cadre de leurs programmes de formation actuels, au sein de leurs administrations et de leurs régions respectives. Les participants signalent que l'initiative *Assurer un meilleur avenir* a contribué à mettre en valeur un très grand potentiel de changement au sein des régions, des quartiers et des collectivités des provinces de l'Atlantique et qu'elle a contribué à l'adoption d'une même vision concernant les objectifs à atteindre en matière de soins de santé primaires.

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

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction (CARMHA), Université Simon Fraser (anciennement la Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit de l'Université de la Colombie-Britannique); avec le gouvernement du Yukon; le gouvernement de la Colombie-Britannique; santé mentale et toxicomanie, région d'Okanagan, Interior Health Authority; services de soins de santé mentale et de toxico-

manie, North Shore/Coast Garibaldi HSDA, Vancouver Coastal Health Authority; services en matière de santé mentale et d'abus de drogues ou d'alcool, ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon; Yukon Family Services Association

Contribution approuvée : 1 500 000 \$

Les personnes atteintes de troubles de santé mentale souffrent souvent aussi de problèmes de toxicomanie. Cette initiative avait pour but d'améliorer l'accès aux services au moyen d'une approche concertée des soins de santé et de l'utilisation de pratiques exemplaires. On note présentement un manque d'intégration entre les soins de santé primaires et les services spécialisés de soins de santé mentale et de toxicomanie. Certaines personnes risquent par conséquent de passer à travers les mailles du système. La présente initiative a permis de lancer un processus de modification du système pour améliorer les liens entre les divers services. Elle a aussi permis la mise sur pied d'équipes interdisciplinaires de soins concertés dans trois régions, et chacune s'est dotée d'une approche et d'un processus adaptés à la situation et aux besoins régionaux. Les outils et ressources disponibles sont accessibles à l'adresse suivante : **www.collaborativecare.ca**. Selon les conclusions préliminaires, l'initiative aurait eu un effet favorable sur les pratiques des fournisseurs de soins et sur l'organisation et la prestation des services de soins de santé mentale et de toxicomanie. Cette initiative de soins de santé était unique en son genre. En effet, elle exigeait la gestion de la modification du système, prévoyait le regroupement des services de santé et a entraîné des réformes sur le plan des services cliniques. Elle a également entraîné la création de la National Health Sciences Student Association [association nationale des étudiantes et étudiants en sciences de la santé] dans le but de faire le pont entre les disciplines sanitaires et sociales et de favoriser une approche multidisciplinaire des soins concertés. L'association et les trois régions participantes ont mis au point des stratégies pour la durabilité qui leur permettent de poursuivre leurs efforts.

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

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

Contribution approuvée : 8 000 000 \$

L'initiative de gestion des maladies chroniques du Western Health Information Collaborative [partenariat de l'Ouest en information sur la santé] a résulté des besoins des cliniciens, qui souhaitaient avoir un meilleur accès aux renseignements cliniques sur les maladies chroniques. L'initiative a visé le recueil et la diffusion plus faciles de renseignements uniformes et fiables sur la gestion des maladies chroniques, de sorte que les cliniciens disposent de renseignements cliniques pertinents pour soigner les personnes atteintes d'une maladie chronique. De façon particulière, elle a privilégié l'élaboration de normes d'échange de données et de messages à l'appui de la gestion des maladies chroniques. Elle a englobé, entre autres, une transition vers la mise en œuvre de cette infrastructure, ou « infostructure », d'information sur la santé dans les systèmes informatiques des instances partenaires. Plus précisément, l'initiative a permis d'établir, de définir et de normaliser les ensembles de données de base et les messages relativement à l'échange d'information pour trois maladies

chroniques, à savoir le diabète, l'hypertension et les maladies chroniques du rein, et de mettre au point les messages et normes de données dans les quatre instances partenaires. En concevant ces normes, les responsables de l'initiative ont collaboré étroitement avec un groupe consultatif clinique et avec les intervenants qui ont participé à de nombreux ateliers provinciaux. L'initiative a accru la capacité des équipes de soins de santé primaires de partager les données nécessaires pour prendre des décisions cliniques quant à la gestion des maladies chroniques. Un nombre plus élevé de fournisseurs de soins de santé de plusieurs régions ont désormais un accès au moment opportun à des renseignements cliniques. Par conséquent, ils peuvent donner des soins dans les conditions les plus convenables. L'élaboration de normes de gestion des maladies chroniques dans un cadre générique a permis de constater qu'il était possible de traiter de nouvelles maladies sans pour autant apporter de changements importants aux données et aux définitions des messages. La mise en œuvre des normes de messages de HL7, qui a été mise en branle à la suite de cette initiative, facilitera l'échange de données communes sur les maladies chroniques. Cette mesure favorisera l'interopérabilité des systèmes d'information et, par conséquent, la communication d'information sur la gestion des maladies chroniques à l'échelon local, régional, provincial et, finalement, national. Le site Web de l'initiative (www.whic.org/public/profiles/cdm.html) renferme des documents susceptibles d'intéresser les autres instances qui souhaitent mettre en œuvre les normes de gestion des maladies chroniques.

Enveloppe nationale

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : Collège des médecins de famille du Canada; avec l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale; l'Association canadienne des ergothérapeutes; l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux; la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale; l'Association canadienne pour la santé mentale; l'Association des infirmières et infirmiers du Canada; l'Association des pharmaciens du Canada; l'Association des psychiatres du Canada; l'Association canadienne de psychologie; Les diététistes du Canada; Registered Psychiatric Nurses of Canada

Contribution approuvée : 3 845 000 \$

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) représentait un consortium de 12 organismes nationaux qui travaillaient ensemble à l'amélioration des soins en santé mentale pour les Canadiens. Ils croyaient qu'une collaboration plus efficace entre les fournisseurs de soins de santé primaires, les spécialistes de soins de santé mentale, les consommateurs ainsi que leurs familles et communautés, appuyée par des mécanismes de financement appropriés, renforcerait la capacité du système de soins de santé à répondre aux besoins en soins de santé mentale des Canadiens. Sur une période de deux ans, l'ICCSM a analysé la situation actuelle des approches de collaboration en matière de soins. On a réussi à élaborer une Charte qui représente une vision commune des soins en collaboration chez les partenaires du consortium ainsi qu'une série de trousse

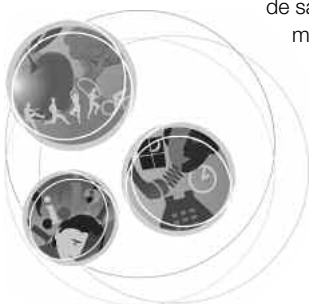
pratiques sur la collaboration à l'intention des cliniciens, des consommateurs, des soignants et des éducateurs. Le site Web de l'ICCSM, www.ccmhi.ca, donne l'accès à toute la documentation créée tout au long de la durée de l'initiative, y compris l'entière recherche, les trousse et la Charte. Des chefs de chaque organisme partenaire continueront à mettre en œuvre la Charte et les trousse avec leurs cadres supérieurs et leurs membres. L'initiative a permis d'établir une communauté d'intérêts pancanadienne qui dirigera de futures innovations en matière de soins de santé mentale en collaboration.

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

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

Contribution approuvée : 6 551 700 \$

L'initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (ACIS) découle d'une conviction partagée des responsables de la planification, de la gestion et de la prestation de services de soins de santé primaires au Canada qu'on doit avoir recours de façon plus efficace et efficiente à des professionnels de la santé. Ils voulaient surtout améliorer la collaboration interdisciplinaire parmi la panoplie de professionnels de la santé qui prodiguent des soins de santé primaires à l'échelle du pays. L'initiative aspirait à élaborer un ensemble de principes directeurs et un cadre qui décrivent de quelle façon les professionnels du domaine des soins de santé primaires peuvent travailler ensemble efficacement dans tous les contextes, à ce que les principes et le cadre soient largement soutenus par les praticiens du domaine des soins de santé primaires et qu'ils soient ratifiés par leur association professionnelle, à appuyer la mise en œuvre des principes et du cadre et à élaborer des outils à l'intention des professionnels du domaine des soins de santé primaires pour qu'ils travaillent ensemble plus efficacement. Grâce à des recherches, des consultations pancanadiennes et des activités de communication, l'initiative de l'ACIS a promu et a facilité la collaboration interdisciplinaire dans le contexte des soins de santé primaires. Les organismes partenaires de l'ACIS ont élaboré et ont ratifié avec succès un ensemble de principes directeurs et un cadre pour améliorer la collaboration interdisciplinaire dans le domaine des soins de santé primaires. L'initiative a généré une sensibilisation à grande échelle aux avantages de la pratique en collaboration et a permis de créer un organisme de recherche sur les pratiques exemplaires et la situation des soins coopératifs au Canada. Les rapports de recherche de même qu'une trousse contenant plus de 200 outils visant à aider les professionnels du domaine des soins de santé primaires à travailler ensemble plus efficacement sont offerts sur le site Web de l'ACIS (www.eicp-acis.ca). L'initiative n'a pas seulement permis de renforcer les relations parmi les professionnels de la santé y participant et leur association, mais a également démontré qu'un



leadership efficace, équitable et interdisciplinaire est très important en ce qui concerne le renouvellement des soins de santé primaires.

Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) :
Association des infirmières et infirmiers du Canada

Contribution approuvée : 8 914 526 \$

Malgré la capacité des infirmières et infirmiers praticiens (IP) d'apporter une contribution importante aux services de soins de santé primaires au Canada, leur intégration dans le système de soins de santé s'est effectuée de façon sporadique et irrégulière. Cette situation semble s'expliquer par les incohérences sur le plan de la législation, de la réglementation et de l'éducation qui touchent les IP. La présente initiative visait à aborder ces incohérences en privilégiant l'établissement du fondement d'une compréhension commune à l'endroit des IP dans cinq secteurs, à savoir : 1) l'enseignement; 2) la pratique; 3) la législation gouvernementale et l'autoréglementation professionnelle; 4) la planification des ressources humaines de la santé; et 5) la gestion du changement, le marketing social et la communication stratégique. En s'appuyant sur plusieurs consultations nationales qu'ils ont eues avec de nombreux groupes d'intervenants, les responsables de l'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens (ICIP) ont : conçu divers cadres qui favoriseraient une réglementation plus cohérente pour les IP du Canada; établi une description de rôle pour mieux faire comprendre les pratiques des IP ainsi que la participation de ceux-ci aux activités d'équipes interdisciplinaires; et fait l'ébauche d'un ensemble complet de recommandations et de mesures afin de faciliter l'intégration soutenue du rôle des IP dans le système de soins de santé du Canada. Parmi les ressources mises en place, citons : le *Modèle de simulation de la planification des ressources humaines de la santé pour IP en soins de santé primaires*; le *Cadre d'évaluation des compétences des infirmières et infirmiers praticiens du Canada*; et la *trousse de mise en œuvre et d'évaluation pour les infirmières et infirmiers praticiens du Canada*. L'ICIP a fait l'objet d'un niveau de consensus remarquable entre tous les groupes d'intervenants touchés en ce qui concerne son orientation, ses conclusions et ses recommandations, ce qui est encourageant pour la poursuite des travaux. Plus important encore, elle a mis en évidence une meilleure acceptation et une plus grande sensibilisation du public, des gouvernements et des autres groupes de professionnels de la santé à l'égard du rôle joué par les IP dans le système de soins de santé du Canada. Cette situation, combinée à l'impulsion créée par l'initiative et au soutien plus solide manifesté par les autres groupes de professionnels de la santé, dont les médecins, contribuera au renforcement du rôle principal et intégral des IP dans le renouvellement des soins de santé primaires.

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

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : **Association des pharmaciens du Canada (APhC)**; avec Alberta Health and Wellness; la Coalition pour les meilleurs médicaments; l'Inforoute Santé du Canada; l'Association canadienne des chaînes de pharmacies; l'Agence canadienne des médicaments et des

technologies de la santé; l'Institut canadien d'information sur la santé; l'Association des infirmières et infirmiers du Canada; le Collège des médecins de famille du Canada; la Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada; la Direction des produits de santé commercialisés de Santé Canada; IBM Canada; l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie; les sociétés nationales de spécialistes du Canada; le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse; l'Agence de santé publique du Canada; le projet PMA du Québec; le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Contribution approuvée : 8 840 300 \$

La pharmacothérapie constitue un aspect important des soins de santé primaires aux yeux de la population canadienne. Les dépenses en médicaments accaparent une part de plus en plus grande des coûts totaux en santé (17,5 p. 100), n'étant devancées que par les dépenses d'hôpitaux, comme en font foi les 24,8 milliards de dollars dépensés en médicaments vendus au détail en 2005. Le but du portail e-Therapeutics consiste à soutenir les pratiques exemplaires et à promouvoir l'utilisation optimale des médicaments pour tous les fournisseurs de soins de santé primaires grâce à une source électronique canadienne complète de renseignements en matière de pharmacothérapie. Le travail relativement à cette initiative a été divisé en six courants : Gouvernance et gestion de projet, Élaboration et mise à jour du contenu, Développement technique, Gestion du changement, Évaluation et Marketing et communication. Un ensemble d'outils électroniques d'aide à la décision a été élaboré afin de fournir un accès au point de service aux renseignements canadiens actuels fondés sur les preuves en matière de médicaments et de thérapie grâce au portail Web e-Therapeutics (www.e-Therapeutics.ca). Cette initiative abordait les préoccupations des professionnels de la santé et des groupes de consommateurs à propos de la sécurité des médicaments, du besoin d'améliorer la prescription et de l'accès à de nouveaux renseignements. Le portail e-Therapeutics a été conçu pour intégrer des applications de dossiers électroniques de santé ultérieurement. L'Association des pharmaciens du Canada s'engage à couvrir les coûts permanents du portail e-Therapeutics grâce à un modèle opérationnel à long terme.

Projet de soins primaires obstétricaux concertés (MCP²)

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : **Société des obstétriciens et gynécologues du Canada**; avec l'Association des infirmières en santé des femmes, en obstétrique et en néonatalogie; l'Association canadienne des sages-femmes; l'Association des infirmières et infirmiers du Canada; le Collège des médecins de famille du Canada; la Société de la médecine rurale du Canada

Contribution approuvée : 2 000 000 \$

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

1) élaborer des lignes directrices relatives aux modèles de soins concertés, 2) déterminer les normes nationales actuelles concernant la terminologie et les champs d'exercice, 3) harmoniser les normes et les lois, 4) accroître la collaboration entre les professionnels, 5) changer les habitudes de pratique, 6) faciliter l'échange de renseignements et 7) promouvoir les avantages des soins obstétricaux concertés. Sous la direction d'un comité national et par l'entremise d'un vaste processus de consultation, le Projet de soins primaires obstétricaux concertés (MCP²) a élaboré des lignes directrices et des outils pour appuyer les décideurs et les professionnels de la santé. Les exemples comprennent l'analyse descriptive du système de soins obstétricaux et des modèles de soins en collaboration dans cinq pays européens et l'Australie, l'examen des lois de chaque province et territoire qui régissent les médecins de famille, le personnel infirmier, les infirmières et infirmiers praticiens et les sages-femmes ainsi que des lignes directrices relatives aux équipes de soins concertés à la mère et au nouveau-né, lesquelles présentent un cadre d'intervention et incluent sept modules de transfert des connaissances pour faciliter les changements dans les modèles de pratique. Ces ressources sont disponibles sur le site Web de l'initiative à l'adresse www.mcp2.ca. Tout au long de son existence, le MCP² a encouragé les participants à réfléchir aux modifications possibles. De nombreux professionnels étaient fortement d'accord avec les éléments clés de la pratique en collaboration qu'a cernés l'initiative, y compris la confiance et le respect mutuels, les buts partagés, les choix éclairés, la compétence des professionnels et les relations collégiales entre les membres des équipes. De plus, une grande majorité convenait de la nécessité d'une stratégie pancanadienne de soins obstétricaux responsable de la planification des soins concertés. À cette fin, MCP² a proposé d'établir un réseau pancanadien responsable de promouvoir une vision coordonnée et de faciliter la mise en œuvre de modèles de soins concertés.

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

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

Contribution approuvée : 23 135 \$

Les aidants naturels du Canada sont de plus en plus importants au sein de l'équipe de soins. Des rapports fédéraux reconnaissent l'importance des aidants naturels; toutefois, les soins par les aidants naturels ne font toujours pas partie du programme national de soins de santé primaires. Cette initiative visait à susciter la sensibilisation et la compréhension parmi les fournisseurs de soins de santé primaires concernant les obstacles auxquels sont confrontés les aidants, à élaborer des approches visant à intégrer les aidants aux soins de santé primaires, à créer des liens entre les intervenants, à solliciter des commentaires sur le cadre stratégique de la Coalition et à présenter des outils qui modifient les connaissances, l'attitude et la pratique des fournisseurs de soins de santé. Dans le but d'atteindre ces objectifs, un symposium national d'une durée de deux

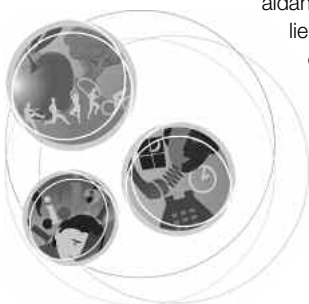
jours, rassemblant des organismes aidants et des organismes nationaux de fournisseurs de soins de santé, a eu lieu en novembre 2005. Le symposium a été une réussite, favorisant le dialogue d'un grand groupe d'intervenants, leur permettant de comprendre les problèmes et de se familiariser avec la pratique clé et les outils d'intervention. Des commentaires obtenus après le symposium ont servi à préciser le cadre stratégique. Le *Cadre pour une stratégie canadienne en matière de prestation de soins* est disponible sur le site Web de la Coalition canadienne des aidants et des aidants naturels : www.ccc-ccan.ca. Le symposium a donné un bon élan et, grâce à un soutien adéquat, la Coalition prévoit que la création d'une stratégie canadienne de prestation de soins s'en suivra.

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

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé (RCACCS); avec l'Association des centres de santé de l'Ontario (ACSO)

Contribution approuvée : 299 374 \$

Les centres de santé communautaire (CSC) des quatre coins du pays fournissent des soins de santé primaires par l'entremise d'équipes interdisciplinaires depuis plus de trente ans. Malgré cette vaste expérience, il existe peu de documentation ou de recherche sur les méthodes utilisées et l'efficacité des équipes interdisciplinaires qui travaillent dans ces centres. Notons toutefois une exception, soit la recherche exécutée par l'Association des centres de santé de l'Ontario (ACSO) et intitulée *Best Practices in the Evaluation of Interdisciplinary Primary Health Care Teams* [Pratiques exemplaires dans l'évaluation des équipes interdisciplinaires de soins de santé primaires]. Cette recherche a permis de mettre au point une trousse documentaire ainsi que des directives relatives aux pratiques exemplaires et des ressources de formation, en vue de la création et de l'évaluation de bonnes équipes de soins de santé primaires (SSP) dans les CSC de l'Ontario. Dirigée par le Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé (RCACCS), l'initiative de renforcement des capacités dans les soins de santé primaires visait à adapter et à diffuser les ressources produites en Ontario, d'abord pour le personnel des CSC de l'ensemble du Canada, puis pour les fournisseurs de SSP à l'extérieur des CSC. De façon précise, l'initiative avait comme objectif : de distribuer à l'échelon pancanadien la trousse documentaire, élaborée en Ontario; de faire traduire les documents connexes pour répondre aux besoins des communautés francophones du Canada; et d'appliquer une stratégie de maintien à long terme de l'offre des ressources didactiques auprès des CSC et des autres fournisseurs de SSP. On a atteint les objectifs de l'initiative : en distribuant la trousse documentaire à tous les CSC du Canada et en affichant cette information sur les sites Web pertinents; en donnant une séance de « formation des formateurs » aux experts du Canada pour les initier à la trousse documentaire, et en établissant une méthodologie des ateliers; en tenant des ateliers régionaux de deux jours afin de présenter les ressources mises au point, d'élaborer des méthodologies pour évaluer le travail des équipes interdisciplinaires, et de prendre des mesures d'intervention en vue de renforcer ces équipes; et en prononçant des conférences au Canada pour faire ressortir les



résultats de recherche qui ont découlé du projet de l'ACSO de même que l'élaboration de la trousse documentaire. Les ressources diffusées dans le cadre de l'initiative sont présentées sur le site Web de l'ACSO, à www.aohc.org, ou celui du RCACCS, à www.cachca.ca. Elles renferment : une analyse documentaire qui résume la recherche effectuée par les équipes interdisciplinaires; une trousse documentaire (disponible en français et en anglais), qui s'adresse aux équipes interdisciplinaires et comprend un outil d'auto-évaluation destiné aux CSC, des études de cas qui mettent en évidence les bonnes pratiques, de même qu'un guide d'intervention qui traite de la façon de surmonter les obstacles auxquels se heurtent les équipes interdisciplinaires; et un atelier de deux jours qui peut aider les CSC à renforcer les efforts déployés par les équipes interdisciplinaires.

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

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : Unité des soins de santé primaires de Santé Manitoba; avec Télésanté Manitoba; l'Office régional de la santé de Winnipeg

Contribution approuvée : 249 500 \$

En septembre 2005, cet atelier national de deux jours a réuni 54 participants de partout au pays et dont chacun représente les soins de santé primaires et la télésanté. Ils sont venus pour partager de l'information et déterminer de quelles façons on pourrait utiliser l'infrastructure actuelle de télésanté de chaque administration pour réformer et soutenir le système de soins de santé dans son ensemble. Traditionnellement, les services de télésanté sont utilisés pour offrir des services de soins actifs aux communautés éloignées, mais ils peuvent faire plus. Cet atelier mettait l'accent sur leur capacité à appuyer les soins de santé primaires en éduquant les fournisseurs et le public au sujet de la promotion de la santé et d'initiatives en matière de prévention des maladies et des blessures, en appuyant les professionnels de la santé qui travaillent dans les communautés rurales et isolées et en améliorant l'accès à des services spécialisés. L'atelier *Établissons les liens* visait à établir des liens efficaces, pratiques et possibles entre les initiatives de soins de santé primaires et celles de télésanté au niveau des administrations. Les participants ont discuté des liens qu'il fallait établir entre les soins de santé primaires et la télésanté, et ont examiné de nouvelles façons d'envisager et de mettre en pratique des solutions et des idées qu'offre la technologie pour créer un système de soins de santé viable. Ils ont également déterminé 10 points clés prioritaires qu'il faut examiner et dont il faut tenir compte pour établir des liens efficaces entre les soins de santé primaires et la télésanté et ont défini des priorités. Le site Web de l'initiative, www.makingthelinks.mbtelehealth.ca, contient des documents

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

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : Faculté de médecine de l'Université Memorial et Bureau des soins de santé primaires du ministère de la Santé et des services communautaires du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador; avec le ministère de la Santé du gouvernement de la Colombie-Britannique; la Direction générale des services de soins de santé primaires du ministère de la Santé

de la Saskatchewan; le ministère de la Santé du gouvernement du Manitoba; le ministère de la Santé et des soins de longue durée du gouvernement de l'Ontario; la Faculté de médecine familiale de l'Université d'Ottawa; la Faculté de médecine de l'Université de la Saskatchewan

Contribution approuvée : 445 600 \$

Cette initiative découle d'une reconnaissance partagée entre les provinces partenaires où les facilitateurs sont efficaces en ce qui concerne le soutien des processus de renouvellement des soins de santé primaires. Les facilitateurs font participer les intervenants aux processus de changement et renforcent les capacités requises pour faire avancer le changement. L'initiative a été conçue en vue de recueillir et d'exposer les expériences de facilitation des professionnels de la santé à l'échelle du pays tout en renforçant la sensibilisation à l'égard de cette démarche. Les objectifs consistaient à créer un guide de facilitation canadien qui pourrait être utilisé dans le cadre des processus de renouvellement des soins de santé primaires, à fournir des renseignements sur les outils qui ont été élaborés à l'échelle du pays et qui facilitent le changement en matière de soins de santé primaires, à offrir un soutien afin de renforcer les capacités de facilitation à l'échelle du pays et à appuyer un processus de collaboration qui permettrait d'atteindre les objectifs susmentionnés. Le guide de facilitation, *Guiding Facilitation in the Canadian Context: Enhancing Primary Health Care*, a été conçu itérativement par l'entremise d'une collaboration entre différentes sphères de compétence et d'un processus qui comprenait une analyse documentaire, des consultations pancanadiennes, des sondages en ligne et une expertise nationale. Le guide reflète les leçons apprises, les pratiques utilisées et les expériences vécues par des professionnels de la santé à la grandeur du Canada et est applicable à une variété de milieux de soins de santé primaires. L'initiative a démontré l'efficacité de la collaboration entre les différentes sphères de compétence en atteignant des objectifs importants tout en respectant des délais serrés et en s'appuyant sur le travail des uns et des autres.

Soutien accru aux médecins de famille en soins de santé primaires

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : Collège des médecins de famille du Canada

Contribution approuvée : 232 900 \$

La réforme des soins de santé primaires au Canada a nécessité l'élaboration de nouveaux modèles de soins de santé primaires, ce qui a eu une incidence sur la pratique des médecins de famille et qui a provoqué une certaine incertitude quant aux rôles actuels et à venir des modèles de prestation de soins de santé primaires. Par conséquent, il faut trouver des moyens d'appuyer adéquatement les médecins de famille dans la gestion des changements découlant de la réforme des soins de santé primaires et leur fournir des outils pour les aider à répondre aux exigences nouvelles et évolutives de leur pratique quotidienne. Par cette initiative, on cherchait à déterminer, à élaborer et à soutenir un cadre de chefs de file du secteur de la médecine de famille en ce qui concerne le renouvellement des soins de santé primaires dans l'ensemble du Canada, soit à l'échelle nationale, provinciale, régionale et locale. Ces chefs de file en matière de soins de santé primaires ont eu la possibilité d'acquérir et d'améliorer leur leadership et leurs habiletés de défenseurs, de partager des expériences, d'élaborer une trousse de soins de santé primaires à l'intention des médecins de famille et d'étudier des possibilités pour

que les médecins de famille et d'autres professionnels de la santé comprennent mieux la façon de faire des équipes interprofessionnelles et qu'ils les intègrent aux soins de santé primaires. La trousse comprend six modules : « Aperçu de la trousse », « Rémunération », « Gouvernance », « Collaboration interdisciplinaire », « Continuité et intégralité des soins » et « Technologie de l'information ». En janvier 2007, la trousse de soins de santé primaires sur le Web a été lancée publiquement et un groupe dirigeant sur la gestion du changement a été établi. La trousse est disponible à l'adresse suivante : www.toolkit.cfpc.ca. Ensemble, la trousse et le groupe dirigeant aideront les médecins de famille à accéder aux outils de transition actuels et pratiques et à obtenir des conseils de la part de collègues expérimentés en matière de renouvellement des soins de santé primaires. Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) s'est engagé à appuyer un comité consultatif de soins de santé constitué de médecins de famille et à maintenir et à mettre à jour la trousse. Le CMFC croit que cette initiative représente une première étape importante en vue d'augmenter le soutien aux médecins de famille dans le domaine des soins de santé primaires et qu'elle impose le rythme afin d'apporter des changements.

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

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : **Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé (RCACCS)**; avec l'Association des centres de santé de l'Ontario (ACSO); l'Université de Toronto

Contribution approuvée : 351 174 \$

Malgré l'existence au Canada de plusieurs modèles de prestation de services de soins de santé primaires (SSP), le pays ne dispose pas de méthodes qui permettraient de comparer systématiquement leur rentabilité ou les répercussions qu'ils exercent sur les effets sur la santé. La portée des initiatives antérieures d'examen de l'efficacité économique des SSP est extrêmement limitée (elles étaient souvent axées sur la rentabilité d'une seule intervention). C'est pourquoi elles sont peu utiles pour les décideurs. De façon semblable, les examens visant à déterminer l'efficacité, ou la rentabilité, de modèles particuliers de SSP posent une multitude de défis. Parmi ceux-ci, citons : l'importance accordée aux soins primaires plutôt qu'aux SSP; la difficulté d'établir des liens clairs entre les SSP et les intrants, les extrants et les résultats; et une mise en évidence marquée sur les personnes plutôt que sur les familles et la santé communautaire. La présente initiative nationale a jeté les bases d'un programme exhaustif en vue de l'analyse de l'efficacité économique [rentabilité] des SSP. Le programme a été conçu au moyen de vastes consultations auprès de plus de 80 chercheurs, administrateurs, bailleurs de fonds et décideurs du domaine des SSP, à l'occasion de deux réunions de « groupes de réflexion » qui se sont déroulées en 2006. Un programme de ce genre fournira aux décideurs une preuve et des outils qui favoriseront des investissements plus rentables dans le système de soins de santé. Il a été fondé sur :

- l'engagement du Canada à l'échelon international à l'égard des valeurs et des principes de SSP (Déclaration de Montevideo, 1995);

- une approche axée sur la santé de la population, qui examine la santé de la communauté tout entière plutôt que celle de chaque personne, qui pourrait avoir besoin de soins à n'importe quel moment;
- une perspective à long terme qui renferme l'utilisation par la population du système de santé intégral sur une période prolongée (pour réaliser des économies aux niveaux secondaire et tertiaire, à partir des investissements effectués pour les SSP);
- le traitement des SSP à titre de système, plutôt que comme groupe de fournisseurs isolés qui assurent chacun des services;
- l'examen de l'influence du contexte sur la conception et le rendement des systèmes de SSP;
- l'analyse des modèles de changement pour déterminer ceux qui aident le mieux à comprendre les SSP (à savoir si le système de soins de santé représente un système adaptatif complexe ou un système compliqué).

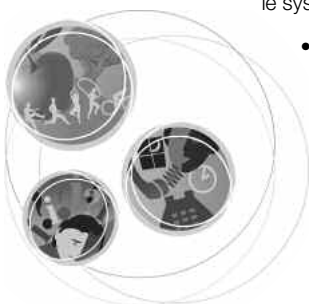
L'initiative a débouché sur la production de ressources, dont les suivantes : *Consistent Values: A shared framework: A way forward to adaptive primary health care systems across Canada* [Valeurs uniformes—Cadre de travail conjoint : Voie à suivre pour établir des systèmes adaptatifs de soins de santé primaires au Canada]; *A Modified Logic Model for PHC* [Modèle logique modifié pour les SSP]; *Economic evaluation of health promotion* [Évaluation économique de la promotion de la santé]; et *Economic evaluation of social capital and community capacity building* [Évaluation économique du renforcement des capacités communautaires et du capital social].

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

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : **Division des soins de santé primaires et continus, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada**

Contribution approuvée : 455 000 \$

Les initiatives de renouvellement des soins de santé primaires dépendent beaucoup de l'utilisation d'outils de gestion de l'information tels que des dossiers médicaux électroniques (DME). Cette technologie a le potentiel de soutenir le partage de renseignements entre les membres de l'équipe, d'améliorer la qualité et la continuité des soins (surtout en matière de gestion des maladies chroniques), de soutenir la planification et les activités de responsabilisation et d'offrir un soutien relativement au processus décisionnel. Toutefois, la mise en pratique au Canada a été plutôt lente. La mise en œuvre de DME nécessite une gestion du changement et une orientation dans les milieux d'exercice professionnel, ce qui, selon la tradition, a fait défaut. Dans le cadre de cette initiative, Santé Canada a cherché à aborder ce manque à gagner en élaborant et en diffusant une trousse visant à soutenir la mise en œuvre de DME. L'étape de consultation de l'initiative a bel et bien confirmé le besoin d'une telle trousse. Elle a permis de constater que les ressources canadiennes actuelles relatives à la mise en œuvre de DME tendent à se concentrer sur la prestation des connaissances, des outils, des modèles et des méthodologies visant à soutenir la première sélection et la mise en œuvre de DME. Les ressources de gestion du changement, telles que la formation et les outils pour les personnes et les processus,



n'ont pas été aussi bien documentées, ou ont été sous-utilisées, si elles existent. Cette initiative a donc permis de produire une trousse bilingue visant à aider les praticiens qui mettent en œuvre des DME. Elle est disponible sur le site Web suivant : www.troussedme.ca. De plus, elle a permis de diriger une variété d'activités de distribution visant à remettre la trousse entre les mains de fournisseurs et de planificateurs du système de soins de santé. Elle a permis de diriger ces activités dont l'objectif principal était de soutenir le renouvellement des soins de santé primaires en encourageant l'utilisation de technologies de l'information dans les milieux d'exercice professionnel.

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

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : **Regional Cancer Centre-Thunder Bay Regional Health Sciences Centre**; avec l'Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer; la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer

Contribution approuvée : 75 000 \$

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

étant prioritaires. Pour les représentants de lutte contre le cancer de partout au Canada, cette initiative a constitué un forum leur permettant de déterminer les mesures et les stratégies à adopter dans ces secteurs en vue d'améliorer la lutte contre le cancer dans ces communautés. Les recommandations et les plans d'action émanant du sommet ont été présentés lors de conférences internationales et éclairent les décideurs canadiens. Pour consulter ces documents, prière de visiter le site Web www.communitycancercontrol.ca.

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

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

Contribution approuvée : 58 660 \$

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

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

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

Contribution approuvée : 75 000 \$

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

Façonner l'avenir des soins de santé primaires en Nouvelle-Écosse

et

Établir des soins de santé primaires durables—Sur l'élan de 2005 : Se lancer dans la bonne direction

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

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

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

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



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

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

Contribution approuvée : 30 000 \$

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

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

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

Contribution approuvée : 3 876 685 \$

Bien que plus de quatre millions de Canadiennes et Canadiens souffrent d'arthrite, il faut relever d'importants défis en ce qui concerne les soins primaires à cet égard : la difficulté à diagnostiquer l'arthrite rhumatoïde et le manque de renseignements sur l'exercice à l'intention des patients, les ressources communautaires, les médicaments ainsi que la façon de composer avec l'arthrite et la douleur. S'appuyant sur les réalisations et les conclusions d'un projet mené par l'Arthritis Strategic Action Group en Ontario, cette initiative nationale visait à relever efficacement ces défis en augmentant la capacité des fournisseurs de soins de santé primaires et des personnes touchées par l'arthrite à gérer la maladie de manière concertée. L'initiative avait comme objectifs d'appuyer la prestation de soins contre l'arthrite

et de mettre l'accent sur la prévention, le dépistage précoce, les soins complets, l'accès plus approprié et opportun à des soins spécialisés et l'autogestion. Elle visait plus particulièrement à définir les besoins éducationnels des communautés, des patients et des fournisseurs en matière d'arthrite, à accroître la capacité des communautés et des fournisseurs de soins de santé primaires à gérer le fardeau de cette maladie, à améliorer les aptitudes d'autogestion des personnes qui souffrent d'arthrite et à diminuer les effets négatifs associés à l'arthrite (c.-à-d., diminution de la douleur, de la fatigue et de l'invalidité). L'initiative a atteint ces objectifs en évaluant les besoins des communautés, des patients et des fournisseurs, en élaborant du matériel pédagogique à l'intention des fournisseurs, des patients et du grand public, en facilitant 30 ateliers interprofessionnels accredités sur l'arthrose et l'arthrite rhumatoïde à l'intention des fournisseurs qui œuvrent dans les soins de santé primaires et en menant des activités visant à renforcer l'apprentissage sur les meilleures pratiques et à appuyer la prestation de soins contre l'arthrite dans la communauté. Cette initiative a utilisé avec succès l'apprentissage interdisciplinaire et les modèles de soins pour accroître la confiance des professionnels de la santé à dépister et à traiter l'arthrite et a permis d'approfondir leur compréhension des rôles que jouent divers professionnels de la santé dans les soins interdisciplinaires. Les ressources élaborées par cette initiative sont disponibles en ligne aux adresses www.arthritis.ca/gettingagrip ou www.arthritis.ca/prendreenmain et comprennent : la brochure *Prendre en main l'arthrite : Trousse documentaire pour les personnes atteintes d'arthrite*, la brochure *Ressources financières à la disposition des personnes arthritiques*; une trousse d'outils à l'intention des fournisseurs sur les lignes directrices régissant la pratique clinique en matière d'arthrite et une affiche sur la prévention de l'arthrite.

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

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

Contribution approuvée : 471 900 \$

Cette initiative a été établie selon le principe qu'une communication efficace est primordiale pour assurer la qualité des soins primaires (SP) et l'accès à ceux-ci, et que des services d'interprétation adéquats sont nécessaires à la prestation des soins de santé. L'objectif était de déterminer les approches les plus convenables qui exploiteraient la prestation de services de soins de santé primaires à Montréal, à Toronto et à Vancouver (là où demeurent la plupart des immigrants). L'objectif consistait également à créer et à mettre à l'essai, dans le cadre d'un projet pilote, des modèles et des outils qui pourraient servir au pays et améliorer l'accès linguistique aux services. Pendant la période de novembre 2003 à juin 2006, les responsables de l'initiative ont regroupé l'expertise, l'expérience et les efforts de plusieurs organismes de services de soins de santé et de services d'interprétation, fournisseurs et autres intervenants. Ils ont également entrepris des travaux de recherche et tenu un symposium national. En s'appuyant sur les recommandations qui ont découlé

de ces activités, les organisateurs de l'initiative ont élaboré et mis en œuvre divers projets pilotes et outils dans les trois plus grandes régions métropolitaines. À Montréal, on a conçu une vidéo en français afin de faciliter la formation des fournisseurs de soins de santé qui travailleraient avec les interprètes, ainsi que la communication entre eux. À Toronto, dans le cadre d'un projet pilote, on a mis en place et évalué un modèle centralisé de prestation de services d'interprétation en soins de santé pour les rendez-vous chez le médecin. Cette expérience a démontré que les services offerts par un interprète professionnel avaient amélioré la qualité de la rencontre entre le patient et le fournisseur de services, et accru la satisfaction de ceux-ci. En outre, à Toronto, on a conçu et mis à l'essai un module d'orientation de soins de santé primaires afin de créer un modèle qui servirait à orienter les interprètes appelés à travailler dans les centres de soins de santé primaires. À Vancouver, on a établi un outil et une grille de gestion des risques pour permettre aux utilisateurs de déterminer les secteurs au sein de leur organisme de soins de santé ou les volets de leur programme qui nécessiteraient une attention et la prise de mesures. Cet outil et cette grille ont été mis à l'essai et ont reçu un accueil favorable. Dans le cadre de l'initiative, plusieurs recommandations ont été formulées en vue d'orienter le travail à effectuer sur le plan de la prestation de services, de la formation, des normes et des politiques.

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

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

Contribution approuvée : 2 682 100 \$

Cette initiative découlait du fait que l'Association canadienne de soins et services à domicile croit que les soins à domicile ont un rôle important à jouer dans le renouvellement des soins de santé primaires. L'initiative visait à démontrer l'effet d'un rôle accru de la gestion de cas en matière de soins à domicile en collaboration avec le médecin de famille concernant les soins aux personnes atteintes d'une maladie chronique. Elle visait également les personnes atteintes de diabète. En règle générale, les gestionnaires de cas et les médecins travaillent séparément. Le but de l'initiative consistait à promouvoir une meilleure collaboration entre les deux afin d'offrir des soins plus proactifs aux patients en mettant l'accent sur la prévention et l'habilitation du patient. Parvenir à de meilleurs résultats en santé, en venir à une meilleure utilisation des services de soins de santé et obtenir une plus grande satisfaction du patient/client constituaient d'autres objectifs. De plus, l'initiative a été établie pour promouvoir une plus grande utilisation des systèmes de technologie de l'information afin de soutenir les communications, les soins et la tenue de registres. L'évaluation a couvert la période d'octobre 2004 à septembre 2005 et 942 patients étaient inscrits à deux endroits : Calgary (Alberta) et Halton et Peel (Ontario). L'initiative a démontré que le fait de jumeler un gestionnaire de cas avec un médecin de famille dans le domaine des soins aux patients atteints d'une maladie chronique

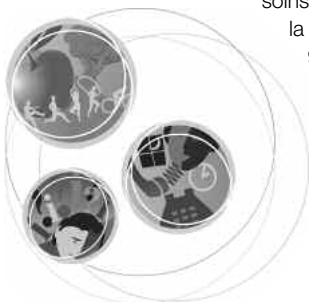
profite au patient, au médecin et au système de santé. Parmi les avantages obtenus, on compte un accès client accru, une collaboration améliorée entre les clients et les fournisseurs et parmi ces derniers, de meilleurs résultats en santé ainsi qu'une plus grande satisfaction du client. En ce qui concerne les fournisseurs, on note un partenariat plus fructueux, de meilleurs soins concertés, une plus grande utilisation des outils et des lignes directrices fondées sur des preuves, une connectivité électronique accrue, un plus grand partage de renseignements, une meilleure coordination des services et un degré de satisfaction plus élevé de la part des fournisseurs. Pour ce qui est du système, les participants ont perçu une meilleure efficacité en matière de prestation de services, une plus grande capacité à évaluer les résultats en santé et une utilisation plus appropriée des services de soins de santé. Grâce à la diffusion des constatations en découlant, l'initiative a suscité une plus grande sensibilisation du public et des intervenants en ce qui concerne les services de soins de santé primaires. Environ 25 outils pratiques utilisés et/ou élaborés durant l'initiative, et leurs instructions, ont été affichés sur le site Web suivant : www.cdnhomecare.ca.

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

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

Contribution approuvée : 4 317 000 \$

Le projet Pallium initial visait à améliorer les soins donnés aux Canadiens aux prises avec une maladie mortelle par la création de ressources pédagogiques novatrices à l'intention des professionnels des soins primaires en région rurale ou éloignée. De 2004 à 2006, le projet Pallium a abouti sur la création d'une communauté de pratique, désignée par un groupe de collaboration composé de personnes des quatre coins du Canada. Ces gens ont partagé des pratiques et des intérêts communs entre eux et avec les autres partenaires communautaires, au moyen d'un modèle de partage des soins primaires, secondaires et tertiaires, afin de faire progresser les compétences et les connaissances en soins palliatifs. On a conçu cette approche pour améliorer l'accès aux soins palliatifs, en accroître la qualité et renforcer la capacité d'en offrir à long terme. Par l'intermédiaire de 71 sous-projets parrainés à l'échelon local, l'initiative a favorisé : la sensibilisation du public; le perfectionnement professionnel continu; la gestion du savoir et l'apprentissage en milieu de travail; l'élaboration de services; et la mise en place de modes novateurs de collaboration. L'initiative est devenue l'un des exemples les plus vivants de la communauté de pratique intersectorielle du Canada qui a appuyé et continuera d'appuyer le renforcement de la capacité d'offrir des soins palliatifs à long terme. Dans le cadre de l'initiative, on a réussi à faire connaître rapidement une méthode d'innovation locale auprès de plusieurs autorités. Les activités de sensibilisation du public et de perfectionnement professionnel continu de l'initiative ont permis la mise en place, en temps opportun, d'activités pertinentes d'enseignement et d'apprentissage à l'intention des fournisseurs de soins. Bon nombre de ces activités ont contribué au changement des modes de pratique des fournisseurs de soins de santé primaires. Les ressources et les outils de l'initiative sont présentés sur le site Web www.pallium.ca; ils figurent aussi sur celui de l'Association canadienne de soins palliatifs, à l'adresse www.chpca.net.



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

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

Contribution approuvée : 2 307 000 \$

La recherche indique que les gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres (GLBT) sont en bien moins bonne santé que le Canadien moyen. En effet, on retrouve chez ces groupes un taux de suicide, de dépression, de maladie mentale, de toxicomanie et de VIH/sida plus élevé. L'initiative visait donc :

- à sensibiliser davantage les fournisseurs de soins de santé et les communautés GLBT du pays à ce fait;
- à encourager les GLBT à devenir des partenaires plus actifs dans leurs propres soins de santé;
- à mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, sur la prévention des maladies et des blessures et sur la gestion des maladies chroniques.

Dans le cadre de cette initiative d'une durée de 29 mois, on a entrepris deux principales activités : l'éducation et l'établissement de partenariats. La seconde met l'accent sur les écoles de médecine, de soins infirmiers et de travail social. On a tenu deux conférences nationales qui ont réuni des centaines de professionnels de la santé, d'étudiants en soins de la santé et de membres de la communauté pour discuter de questions et partager de l'information et des ressources. L'initiative a mis en évidence les besoins particuliers en matière de santé des GLBT. Elle a trouvé des ressources pertinentes en soins de la santé et en a augmenté le nombre, les rendant plus accessibles en les plaçant sur un site Web contenant le plus important volume de renseignements, d'outils pédagogiques, d'études de recherche et d'autres documents liés à la santé et au mieux-être des GLBT.

Enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle

Amélioration de l'accès aux services des soins de santé primaires aux personnes d'expression anglaise du Québec

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : **Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS);** avec Saint-Brigid's Home Inc.

Contribution approuvée : 10 000 000 \$

Cette initiative vise l'amélioration de l'accès, en anglais, aux services de santé primaires pour la communauté anglophone du Québec, et le renforcement des liens entre la communauté et les établissements responsables de fournir les services de santé et les services sociaux. L'initiative a financé 37 projets dans 14 régions administratives du Québec afin de répondre à ses objectifs sous trois volets spécifiques, soit : le volet Info-Santé pour la population anglophone; le volet des services adaptés; et, le volet milieu de vie adaptés. Ces projets ont permis de répondre à certains besoins des personnes d'expression anglaise. Ils ont augmenté et adapté l'offre de services auprès de la communauté anglophone, et ont amélioré la qualité des services. L'initiative a développé plusieurs ressources de communication. Un bulletin d'information et un site Internet ont servi de points d'information pour le grand public. Un site intranet destiné aux promoteurs a rendu accessible des nouvelles reliés à l'animation de l'initiative, ainsi qu'une Bibliothèque virtuelle comptant plus de trois cent documents de référence et outils virtuels en anglais.

Résautage Santé en français

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : **Société Santé en français;** avec gestionnaires d'établissements de santé; professionnels de la santé; représentants d'établissements d'enseignement; fonctionnaires

Contribution approuvée : 1 900 000 \$

À travers le pays, il y a une grande diversité des communautés francophones en situation minoritaire. Offrir les services de santé en français est un défi—un défi qui requiert une stratégie. Pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, le réseautage constitue la pierre angulaire des stratégies mises en œuvre dans les provinces et territoires désireux d'améliorer les services de santé en français à leur population francophone. En 2002, on ne comptait qu'un réseau. L'augmentation de ce nombre était le but de cette initiative, et la façon de le faire est de travailler avec des groupes à travers le pays à améliorer l'accès à des services de santé en français. Les groupes de promoteurs ont entrepris des démarches telles que : tracer un profil de la communauté francophone à desservir; tracer un profil des services de santé dans la région concernée; amorcer ou poursuivre la sensibilisation des partenaires; élaborer un plan d'affaires; définir et mettre en place la structure de gouvernance appropriée; amorcer la planification stratégique et la planification opérationnelle; et préparer un plan d'évaluation. L'initiative a réussi à mettre en place 17 réseaux dans toutes les provinces et territoires. Ces réseaux sont à des niveaux différents de développement. Même si des démarches restent encore à être complétées pour doter certains réseaux d'une structure formelle, il est clair que dans chaque région le réseautage des partenaires a été amorcé et qu'il est maintenant possible aux intervenants de se concerter pour la planification et la mise en œuvre.

