



Santé
Canada Health
Canada

Fonds pour l'adaptation des
soins de santé primaires

Gestion et technologie de l'information

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 Denis J. Protti, BSc, MSc, FACMI, Université de Victoria.

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, *Gestion et technologie de l'information*, 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, *Information Management and Technology*, 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. : 1252
Cat. : H21-286/4-2007F-PDF
ISBN : 978-0-662-73428-4

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



Santé
Canada Health
Canada

Fonds pour l'adaptation des
soins de santé primaires

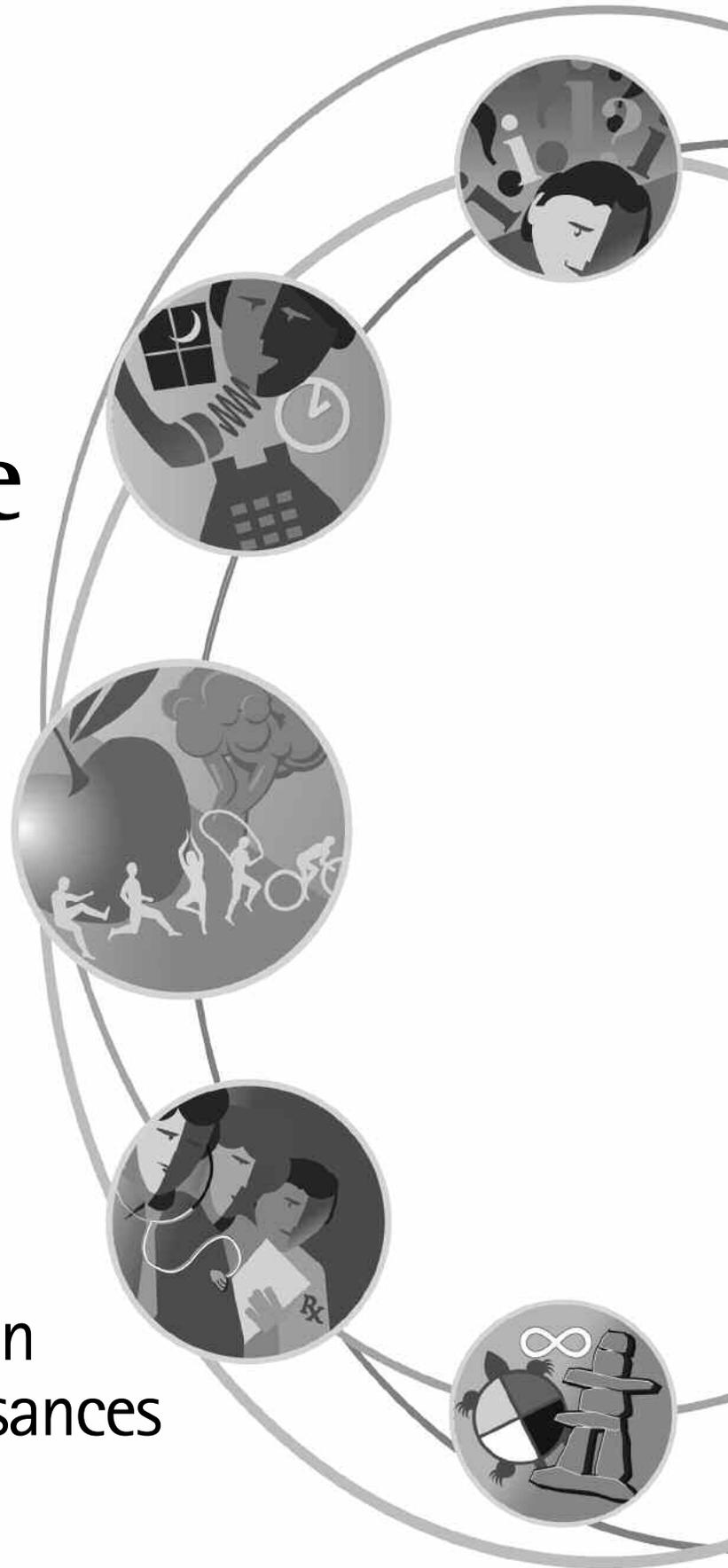
Gestion et technologie de l'information

Mars 2007

Denis J. Protti, BSc, MSc, FACMI

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 :

- *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 Richard Alvarez d'Inforoute Santé du Canada et Brian Guthrie du Conference Board du Canada pour leurs excellents commentaires sur l'ébauche sommaire du présent rapport qui leur a été remise. Il voudrait aussi remercier Maude Downey pour son aide précieuse au chapitre de la mise en forme.



Résumé

Les objectifs fondamentaux de la réforme des soins de santé primaires sont d'assurer la continuité et la coordination des soins offerts aux patients et de faire en sorte que les soins de santé soient offerts par des équipes multidisciplinaires. Pour qu'on puisse atteindre ces objectifs, il est essentiel que les différents fournisseurs et les différents établissements offrant des soins de santé disposent de données pertinentes sur la santé pour prendre des décisions de qualité. La gestion et la technologie de l'information sont considérées comme des facteurs clés de la réforme des soins de santé primaires. L'un des éléments à ce chapitre, la télésanté, a le potentiel de favoriser une plus grande équité dans l'accès aux soins de santé primaires et l'accès à d'autres services offerts aux patients en milieu rural ou en région éloignée. Le fait d'avoir accès à des outils de communication informatisés, comme le courriel et les systèmes de télésanté, lesquels peuvent être connectés grâce à une liaison satellite, signifie que les professionnels de la santé et les administrateurs peuvent collaborer plus facilement et qu'ils peuvent avoir accès à de l'information à jour quand ils en ont besoin. Une plus grande collaboration se traduit par l'amélioration de l'accès aux soins pour les patients, les clients et les communautés et par l'amélioration de l'efficacité des services offerts. L'analyse rétrospective (utilisation secondaire) des données recueillies par les systèmes contenant les données cliniques peut favoriser l'amélioration de la qualité, faciliter la gestion du rendement et la planification des services de santé primaires, et, donc, elle peut contribuer à faire en sorte qu'on puisse satisfaire aux besoins de la population.

On trouve de plus en plus de preuves dans la littérature scientifique que la gestion et la technologie de l'information favorisent l'amélioration des soins de santé primaires, notamment en ce qui a trait aux communications entre les médecins et les patients, aux dossiers médicaux, au partage de l'information entre les fournisseurs de soins de santé et à la rapidité à laquelle les médecins et les patients peuvent accéder à de l'information fiable. Dans le cadre d'une étude récente réalisée grâce au Fonds du Commonwealth, 41 p. 100 des médecins canadiens offrant des soins de santé primaires qui ont été interrogés ont dit qu'il

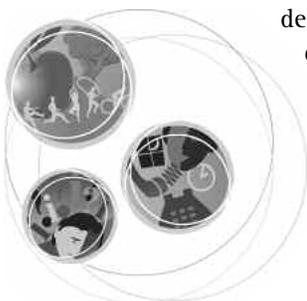
leur arrivait souvent ou occasionnellement de ne pas avoir accès au dossier médical de leurs patients ni aux données cliniques les concernant au moment des rendez-vous. La même étude a révélé que seulement 23 p. 100 des médecins canadiens offrant des soins de santé primaires utilisent un système de dossiers médicaux électroniques (DME) alors que la proportion est de 98 p. 100 aux Pays-Bas, de 92 p. 100 en Nouvelle-Zélande et de 89 p. 100 au Royaume-Uni.

Les DME ouvrent la voie à un vaste éventail de possibilités. Une fois qu'on aura converti les antécédents médicaux des patients et les autres informations contenues dans leur dossier (ex. : diagnostics, allergies, ordonnances, résultats de tests) en format électronique, les praticiens autorisés pourront accéder instantanément à ces données vitales, qui peuvent permettre de sauver des vies. Les médecins suppléants et ceux en disponibilité pourraient utiliser leur ordinateur à la maison pour obtenir toute l'information nécessaire au sujet de leurs patients, ce qui pourrait dans certains cas leur éviter de se déplacer jusqu'à l'hôpital ou à la clinique et ce qui pourrait aussi éviter aux patients de se déplacer. La facilité avec laquelle on pourrait diriger les patients en utilisant des modèles électroniques dont les champs pourraient être générés automatiquement par le système de DME ferait en sorte qu'on n'aurait plus besoin d'extraire de données des tableaux, de chercher manuellement les derniers résultats de tests ni de lire les tableaux pour créer l'historique des cas d'orientation vers des spécialistes.

Pour certaines initiatives du FASSP, on a choisi d'utiliser, à divers degrés, des outils informatiques de gestion de l'information pour atteindre les objectifs visés. Dans le cadre de la réforme des soins de santé primaires, on peut parler de deux grands domaines d'utilisation :

- **Soutien de la prestation de services et des infrastructures pour faciliter le travail d'équipe dans l'offre de soins.**

L'effet des outils est particulièrement important pour la gestion des maladies chroniques et les communications d'équipe ainsi que pour ce qui est de répondre aux besoins des cliniciens et des patients. Un certain nombre d'initiatives ont montré les répercussions dans ce domaine.



- **Évaluation (utilisation secondaire des données).** L'effet des outils est particulièrement important pour la collecte de données utilisées pour la réalisation d'analyses rétrospectives visant à appuyer la mise en œuvre de programmes et à favoriser l'amélioration de la qualité.

Dans le cas de la plupart des initiatives qui comportaient une composante DME, on a visé un ou plus des objectifs ci-dessous.

- utiliser les systèmes informatiques pour faciliter les communications au sein des équipes multidisciplinaires et l'intégration des fournisseurs de soins de santé primaires;
- soutenir les équipes multidisciplinaires en leur fournissant une approche globale et intégrée pour la planification des soins aux patients souffrant de maladies chroniques et en mettant l'accent sur la prévention et le maintien pour favoriser la réduction des complications et du nombre de cas d'hospitalisation;
- en ce qui concerne la gestion des maladies chroniques, favoriser l'élaboration d'algorithmes/ de modèles qui rendent possible l'utilisation de messages/de fonctionnalités de rappel, la réalisation d'interventions proactives, le soutien du principe d'autogestion de la santé pour promouvoir la santé et la prévention des maladies, et l'élaboration de directives fondées sur l'expérience clinique;
- améliorer la coordination, l'efficacité et la qualité des services de santé.

Dans le cas de la plupart des initiatives de télésanté, on a pu tirer les conclusions ci-dessous.

- Grâce à la technologie, les clients peuvent avoir accès à des spécialistes à partir de différents centres.
- La technologie permet aux clients de réduire leur degré de stress et fait en sorte qu'ils ont plus confiance dans les soins prodigués.

- Elle permet aux clients d'accéder à tout un éventail de documents sur la promotion de la santé et la prévention.
- Elle permet aux professionnels d'avoir accès à distance à divers types de formations continues.
- Elle peut être utile pour rassurer les fournisseurs qui offrent des soins aux membres de la famille des patients traités en rendant possible les contacts avec les patients recevant des soins à l'extérieur de leur communauté.
- Elle facilite les séances de formation et les réunions de gestion pour le personnel.
- Elle permet de réduire le nombre déplacements de patients vers des centres urbains, le nombre d'admissions dans les hôpitaux et le besoin d'envoyer des spécialistes sur place en région éloignée.

Comme c'est toujours le cas pour les projets technologiques, on a inévitablement dû faire face à des problèmes et à des barrières dans le cas de toutes les initiatives. Les défis qui se sont posés peuvent entrer dans l'une ou l'autre des catégories suivantes : la gestion des programmes et des changements, la technologie, les normes et les données, le financement et les ressources humaines. Dans le cas de certaines initiatives, les difficultés rencontrées ont retardé la mise en œuvre des projets. Dans ces cas-là, les échéances initiales ont changé et les accomplissements ont été moindres que prévu. De plus, dans bien des cas, la composante reliée à l'évaluation a été sérieusement affectée. De nombreux rapports parmi ceux qui ont été produits sur les initiatives qui ont été réalisées contiennent des détails et des données de très bonne qualité sur les défis et les difficultés qui se sont posés en cours de route. Par conséquent, ils constituent une précieuse source d'informations, dont on peut tirer des enseignements.

Les initiatives du FASSP ont permis d'identifier des répercussions possibles sur les politiques et les pratiques à un certain nombre d'égards. Notamment, elles ont fait ressortir les points suivants : l'importance de *la planification de la gestion et de la technologie de l'information*, qui cadre avec les priorités fédérales, provinciales et territoriales du système de santé; l'importance de la philosophie *de gestion des changements*, selon laquelle

les initiatives reliées à la gestion et à la technologie de l'information ne devraient pas uniquement être perçues comme un déploiement de nouveaux outils technologiques mais aussi comme des projets qui transformeront l'organisation; le besoin d'instaurer des *normes* qui régiront les données, l'accréditation des systèmes de codification et les messages; l'importance du *leadership* interdisciplinaire pour favoriser l'intégration des changements et les appuyer; le besoin d'avoir des programmes de *formation* qui permettent aux professionnels de la santé de se familiariser avec les outils informatiques de gestion de l'information; le besoin de tabler sur le succès remporté dans le cas des initiatives de *télesanté* réalisées au sein des communautés des Premières nations et des Inuits; la nécessité de s'engager à adopter *une approche réellement axée sur les besoins des patients*, c'est-à-dire d'avoir recours à la technologie des portails pour fournir aux patients un accès à leur dossier médical et leur permettre aussi de prendre des rendez-vous en ligne; et le besoin d'établir une politique sur le partage des

informations sur la santé et sur la *protection des renseignements personnels*, qui couvrirait entre autres la régie des données et l'intendance des actifs informationnels.

Un certain nombre d'initiatives financées grâce au FASSP ont permis d'enrichir la base de connaissances qui contient des informations démontrant que le fait d'avoir recours à des outils informatiques de gestion de l'information peut avoir d'importantes répercussions sur les soins de santé primaires sur les plans clinique et économique. Plus spécifiquement, pour un certain nombre d'initiatives, on a rapporté que, pour maximiser les chances de succès, il est crucial d'adopter une stratégie de mise en œuvre proactive qui prend en considération non seulement les aspects technologiques et économiques, mais aussi et surtout les facteurs organisationnels et humains. Dans le cas de la gestion et de la technologie de l'information, les ressources humaines sont les plus difficiles à gérer.



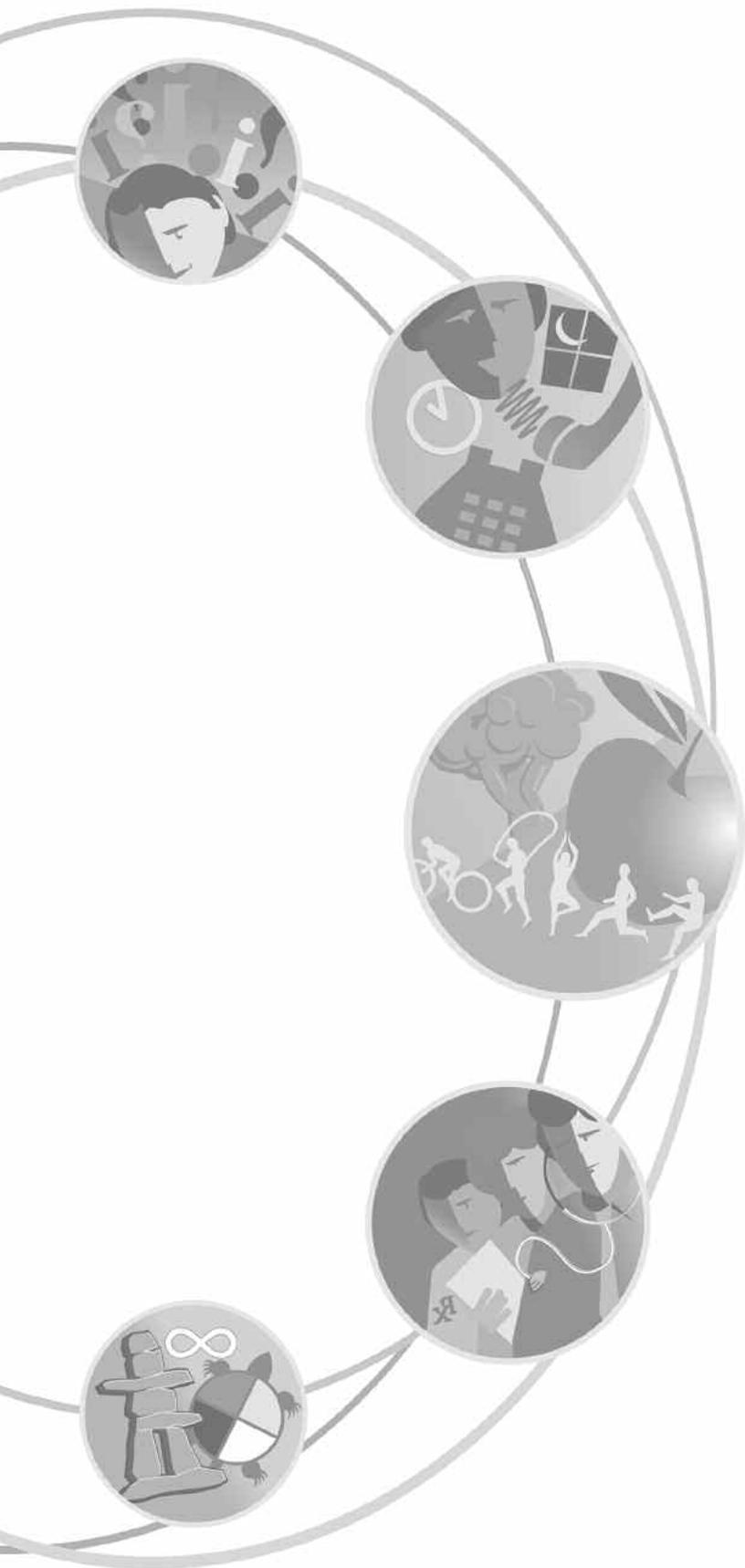
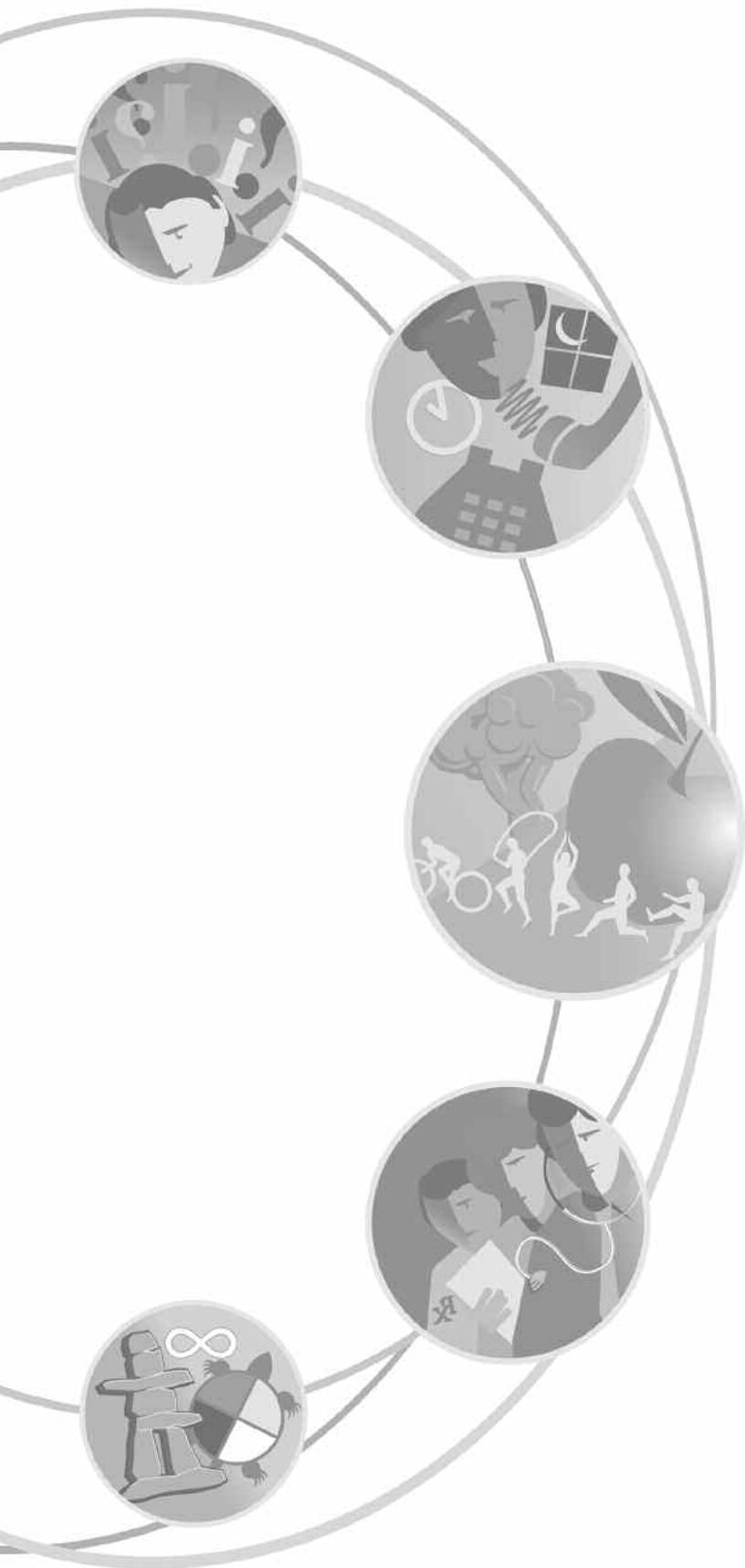


Table des matières

Préface	iii
Remerciements	vi
Résumé	vii
1 Présentation du contexte	1
1.1 Définitions	2
1.2 Questions courantes et tendances en ce qui concerne le rôle de la gestion et de la technologie de l'information dans la réforme des soins de santé primaires	3
2 Aperçu des initiatives du FASSP	5
2.1 Répercussions sur le soutien de la prestation de services et des infrastructures	5
2.1.1 Dossiers médicaux électroniques	6
2.1.2 Télésanté	7
2.1.3 Autres initiatives touchant à la gestion et à la technologie de l'information	10
2.2 Répercussions sur l'évaluation	11
3 Apprentissages clés	13
3.1 Difficultés et défis liés à la gestion des programmes et des changements	13
3.2 Difficultés et défis liés à la technologie	14
3.3 Difficultés et défis liés aux données et aux normes	15
3.4 Difficultés et défis en ce qui a trait au financement et aux ressources humaines	15
4 Répercussions sur les politiques et les pratiques	17
5 Conclusion	21
Références	23
Annexe	25





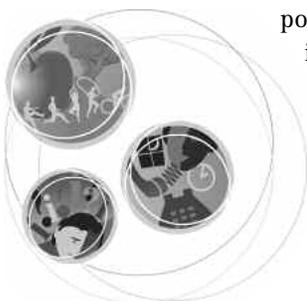
1 Présentation du contexte

Les objectifs fondamentaux de la réforme des soins de santé primaires sont d'assurer la continuité et la coordination des soins offerts aux patients et de faire en sorte que les soins de santé soient offerts par des équipes multidisciplinaires. Pour qu'on puisse atteindre ces objectifs, il est essentiel que les différents fournisseurs et les différents établissements offrant des soins de santé disposent de données pertinentes sur la santé pour prendre des décisions de qualité. La gestion et la technologie de l'information sont considérées comme des facteurs clés de la réforme des soins de santé primaires. L'un des éléments à ce chapitre, la télésanté, a le potentiel de favoriser une plus grande équité dans l'accès aux soins de santé primaires et l'accès à d'autres services offerts aux patients en milieu rural ou en région éloignée. Le fait d'avoir accès à des outils de communication informatisés, comme le courriel et les systèmes de télésanté, lesquels peuvent être connectés grâce à une liaison satellite, signifie que les professionnels de la santé et les administrateurs peuvent collaborer plus facilement et qu'ils peuvent avoir accès à de l'information à jour quand ils en ont besoin. Une plus grande collaboration se traduit par l'amélioration de l'accès aux soins pour les patients, les clients et les communautés et par l'amélioration de l'efficacité des services offerts. L'analyse rétrospective (utilisation secondaire) des données recueillies par les systèmes contenant les données cliniques peut favoriser l'amélioration de la qualité et faciliter la gestion du rendement et la planification des services de santé primaires, et, donc, elle peut contribuer à faire en sorte qu'on puisse satisfaire aux besoins de la population.

Il ne pourra y avoir d'améliorations notables dans la qualité et l'efficacité des soins de santé sans que des informations de grande qualité sur la santé ne soient compilées et rendues disponibles sous forme électronique. Ce n'est que grâce à l'informatique que l'on pourra faire en sorte de rendre les dossiers médicaux des patients disponibles et facilement identifiables pour les fournisseurs de soins tout en limitant les accès en fonction des besoins spécifiques de chacun. Un tel système pourrait avoir des répercussions aussi importantes au XXI^e siècle que celles que le régime d'assurance-maladie a eues il y a 40 ans (Inforoute Santé du Canada et Conseil canadien de la santé, 2006). Mais, malheureusement,

la plupart des entités qui font partie du système de santé canadien gèrent toujours leurs informations à l'aide de vieilles technologies et de vieilles pratiques, certaines datant même du XIX^e siècle. De plus, seulement 32 p. 100 des médecins canadiens travaillent dans des équipes multidisciplinaires au sein desquelles on dirige les patients vers les professionnels de la santé les plus appropriés (infirmières/infirmiers, médecins, travailleurs sociaux, psychologues). Au Royaume-Uni, le pourcentage est de 81 p. 100 (Conseil canadien de la santé, 2006). Établir un réseau d'information que les patients, les fournisseurs de soins, les gestionnaires et les décideurs pourraient utiliser afin de prendre de meilleures décisions à tous les niveaux constitue une tâche énorme. Mais les ressources disponibles sont limitées et les besoins en matière d'information sur la santé sont concurrencés par un nombre incalculable d'autres besoins. De plus, alors que les listes d'attente ne cessent de faire les manchettes des journaux, les avantages financiers de l'informatisation des informations sur la santé pourraient prendre quelques années avant de se faire sentir. Ainsi ni le public ni les fournisseurs n'ont élevé l'amélioration des outils et des informations sur la santé au rang des grandes priorités. Comme le Conseil canadien de la santé l'a indiqué récemment dans un rapport, « il n'y a aucune façon de déterminer si les gouvernements apportent véritablement des changements positifs et substantiels par rapport au système canadien de soins de santé parce qu'on ne recueille pas les informations qui permettraient d'évaluer les progrès réalisés » [traduction]. La mise en œuvre d'outils informatiques n'est toutefois pas sans risques : les estimations de coûts sont très variables, les avantages prennent un certain temps avant de se matérialiser et les pannes sont inévitables.

Indépendamment des réalités décrites ci-dessus, on dispose de plus de preuves que nécessaire pour justifier la mise en place d'outils informatiques de gestion de l'information dans les établissements de soins de santé primaires (Bates, Ebell, Gotlieb, Zapp et Mullins, 2003; ministère de la Santé, 2006; Keeler et Newman, 2001; Skinner, 2003; Thomas, 2002). Les cas de la Nouvelle-Zélande (Protti et Graham, 2003) et de la Veterans Administration [administration des anciens combattants] des États-Unis (Anderson, 2006; Armstrong, 2006) ne constituent que deux exemples de réussite parmi tant d'autres, dont le nombre ne cesse d'augmenter, et ils



montrent ce qu'on peut accomplir quand on s'engage à instaurer des systèmes informatiques de gestion de l'information dans le domaine des soins de santé, en particulier en ce qui concerne le cheminement des informations reliées aux maladies chroniques et des informations intersectorielles sur les patients.

La Veterans Administration a introduit des soins primaires universels axés sur les besoins des patients en 1995. Depuis ce temps-là, elle a observé une croissance de 34 p. 100 dans le nombre de patients traités en même temps qu'une diminution de l'effectif de 15 p. 100. Elle a ouvert 407 cliniques de soins de santé primaires axés sur les besoins des patients au sein de communautés sans qu'il n'y ait d'augmentation budgétaire. Comme le sous-secrétaire à la Santé l'a indiqué, « si on est arrivés à prouver quoi que ce soit au cours des 10 dernières années c'est que ça coûte moins cher d'offrir des soins de santé primaires de qualité » (Perlin, Kolodner et Roswell, 2004). L'un des principaux facteurs de réussite a été la mise en place des systèmes contenant les données cliniques et les composantes d'aide à la décision au sein de toutes les entités.

1.1 Définitions

Pour assurer une certaine uniformité dans l'interprétation du présent rapport, l'auteur a défini les termes clés ci-dessous.

Pour bon nombre de gens, la *gestion de l'information (GI)* signifie simplement fournir la bonne information aux bonnes personnes au bon moment. Néanmoins, on a de plus en plus tendance à voir la gestion de l'information comme quelque chose qui peut contribuer à améliorer le rendement au sein des organisations. Mais cela suppose qu'on doit fournir la meilleure information qui soit (ce qui fait souvent appel à une capacité d'analyse des données) aux bonnes personnes, au bon moment, *au bon endroit et au bon prix*. Mais, par-dessus tout, cela suppose qu'on utilise efficacement les techniques de gestion des changements.

La fonction de gestion de l'information inclut l'acquisition de données ainsi que l'amélioration, le stockage, l'extraction, la distribution et la présentation des données existantes. Elle englobe d'autres fonctions comme celles reliées à l'accès aux données et à leur qualité, à la production d'analyses et de rapports, à l'élaboration de politiques en ce qui concerne les rapports, à l'élaboration de normes reliées aux données, à l'offre

de services reliés aux bibliothèques, à la formation, et à la gestion de la confidentialité des renseignements personnels et des dossiers.

La technologie de l'information (TI) fait référence à toute technologie utilisée pour traiter ou communiquer des données. Elle englobe tout ce qui touche aux ordinateurs, à la transmission de données vocales, d'images et d'autres types de données, au stockage multimédia ainsi qu'aux outils traditionnels comme le papier, les crayons, les cardex, le téléphone et le télécopieur. La fonction des TI a la responsabilité de tous les aspects reliés aux applications et aux infrastructures technologiques. Elle couvre notamment la gestion des contrats; les normes techniques et l'architecture; les réseaux; les systèmes de sécurité; les blocs fonctionnels des dossiers de santé électroniques (DSE); les services Web et les outils de navigation; les services partagés et la gestion des opérations. Il n'est pas rare qu'on remplace le terme « technologie de l'information » par « technologies de l'information et des communications » (TIC).

La notion de *télesanté* fait référence à l'utilisation de technologies de télécommunication avancées pour échanger des données sur la santé et fournir des services de santé en franchissant les limites géographiques, temporelles, sociales et culturelles.

Les lignes d'infosanté permettent aux gens d'obtenir des renseignements sur la santé par téléphone. Les lignes fonctionnent souvent 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et ce sont généralement des infirmières ou des infirmiers qui répondent aux appels. Les lignes visent principalement à renseigner et à conseiller les gens en matière de santé et au sujet des maladies et des services de santé de manière à leur permettre de prendre des décisions par rapport aux soins de santé pour eux-mêmes et leur famille. On perçoit parfois ces lignes comme un moyen de désengorger les salles d'urgence.

Le terme *dossier électronique (dossier de santé électronique, dossier électronique d'un patient, dossier médical électronique)* mérite d'être précisé puisqu'on utilise différents termes pour désigner la même chose d'une initiative du FASSP à l'autre. D'ailleurs le même manque d'uniformité existe partout dans le monde. Même si on commence à préciser davantage le sens des différents termes à l'échelle internationale, il existe différentes interprétations. En ce qui nous concerne, on a établi les catégories qui suivent dans le Tableau 1 pour tenter de faire la distinction entre les différents

Tableau 1. Survol des catégories servant à établir les distinctions entre les différents types de dossiers électroniques

	Dossier médical électronique (DME)	Dossier électronique du patient (DEP)	Dossier de santé électronique (DSE)
Source	Données cliniques informatisées au sujet d'un individu		
Endroit	Bureau de médecin, centre de santé communautaire ou, possiblement, unité de soins ambulatoires (un seul endroit)	Organisme offrant des soins de santé (ex. : hôpital, établissement de soins actifs, office régional/régie régionale de la santé) (une seule entité)	« Dossier de santé longitudinale » contenant les données d'un certain nombre de DME et de DEP interexploitables
Accès/Partage	Praticiens autorisés à pratiquer dans les établissements mentionnés ci-dessus	Praticiens autorisés à pratiquer dans les établissements mentionnés ci-dessus	Praticiens autorisés à pratiquer dans les différents secteurs, notamment dans ceux des soins de santé primaires et secondaires

Source : Denis Protti, 2007.

types de dossiers électroniques tout en étant conscients qu'ils ne sont pas tout à fait exclusifs et que des chevauchements existent dans certains environnements où l'on offre des soins de santé.

Sauf dans les cas où l'on cite des passages reliés à des initiatives dans lesquels on mentionne un autre type de dossier, dans le présent rapport, on emploie surtout le terme « dossier médical électronique » (DME). Par ailleurs, il est important de noter que, si on aborde le sujet de la gestion et de la technologie de l'information, on met l'accent sur les applications cliniques, pas sur les applications de gestion ni sur celles à vocation administrative (comme les systèmes financiers et les systèmes de facturation).

1.2 Questions courantes et tendances en ce qui concerne le rôle de la gestion et de la technologie de l'information dans la réforme des soins de santé primaires

On trouve de plus en plus de preuves dans la littérature scientifique que la gestion et la technologie de l'information favorisent l'amélioration des soins de santé primaires, notamment en ce qui a trait aux communications entre les médecins et les patients, aux dossiers médicaux, au partage de l'information entre les fournisseurs de soins de santé et à la rapidité à laquelle les médecins et les patients peuvent accéder à de l'information fiable. Dans le cadre d'une étude récente réalisée grâce au Fonds du Commonwealth, 41 p. 100 des médecins canadiens offrant des soins de santé primaires qui ont été interrogés ont dit qu'il leur arrivait souvent ou occasionnellement de ne pas avoir

accès au dossier médical de leurs patients ni aux données cliniques les concernant au moment des rendez-vous (Schoen, Osborn, Huynh, Doty, Peugh et Zapert, 2006). La même étude a révélé que seulement 23 p. 100 des médecins canadiens offrant des soins de santé primaires utilisent un système de dossiers médicaux électroniques (DME) alors que la proportion est de 98 p. 100 aux Pays-Bas, de 92 p. 100 en Nouvelle-Zélande et de 89 p. 100 au Royaume-Uni.

Les DME ouvrent la voie à un vaste éventail de possibilités. Une fois qu'on aura converti les antécédents médicaux des patients et les autres informations contenues dans leur dossier (ex. : diagnostics, allergies, ordonnances, résultats de tests) en format électronique, les praticiens autorisés pourront accéder instantanément à ces données vitales, qui peuvent permettre de sauver des vies. Les médecins suppléants et ceux en disponibilité pourraient utiliser leur ordinateur à la maison pour obtenir toute l'information nécessaire au sujet de leurs patients, ce qui pourrait dans certains cas leur éviter de se déplacer jusqu'à l'hôpital ou à la clinique et ce qui pourrait aussi éviter aux patients de se déplacer. La facilité avec laquelle on pourrait diriger les patients en utilisant des modèles électroniques dont les champs pourraient être générés automatiquement par le système de DME grâce à un seul clic de souris ferait en sorte qu'on n'aurait plus besoin d'extraire de données des tableaux, de chercher manuellement les derniers résultats de tests ni de lire les tableaux pour créer l'historique des cas d'orientation vers des spécialistes.

Les DME ne sont qu'une première étape dans la mise sur pied d'un système électronique qui devrait favoriser l'augmentation des soins médicaux fournis par les cliniciens aux patients. Idéalement, le système intégré de données cliniques devrait également permettre de saisir des commandes et d'en faire un suivi, de gérer les



données, de créer des liens avec des images et des résultats de tests, et d'utiliser des outils de connaissance et d'aide à la décision en temps réel ainsi que des outils de gestion des soins (comme ceux visant à faire un suivi de l'état de santé, les alertes et les avis envoyés aux patients) (Bodenheimer et Grumbach, 2003).

Dans le nouvel environnement dans lequel on trouvera des partenariats patients-cliniciens, on mettra davantage l'accent sur l'accès des patients aux dossiers électroniques et aux bases de connaissances ainsi que sur les communications par voie électronique entre les différents « partenaires », entre autres entre les soignants. On fonctionne déjà de la sorte au Danemark, notamment, et certains autres pays sont en voie de le faire (Protti et

Johansen, 2003). Le parfait exemple c'est l'outil en ligne dont on a fait l'annonce récemment et qui fait appel à la technologie des portails Web. L'outil aidera les Ontariens qui souffrent de néphropathies chroniques à gérer leur maladie. Comme Richard Alvarez, président et chef de la direction d'Inforoute Santé du Canada l'a dit récemment : « Cette approche novatrice contribuera à faire en sorte que les interventions soient réalisées en temps opportun et facilitera les communications au sein de l'équipe de soins. Le fait que les patients puissent accéder facilement à de l'information les incitera moins à appeler des spécialistes sans motif valable pour obtenir des renseignements, des résultats de tests ou des conseils thérapeutiques, ce qui contribuera à diminuer la pression exercée sur les fournisseurs de soins de santé primaires et sur les spécialistes » (Inforoute Santé du Canada, 2006).



2 Aperçu des initiatives du FASSP

La majeure partie du FASSP a été alloué aux provinces et aux territoires par le biais de l'Enveloppe provinciale et territoriale pour appuyer leurs initiatives de renouvellement. Par l'intermédiaire de l'Enveloppe multigouvernementale et de l'Enveloppe nationale, le Fonds a également servi à financer des initiatives obligatoires visant à résoudre des problèmes courants au sein des différents ordres de gouvernement. L'Enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle et l'Enveloppe Autochtones ont servi à financer des initiatives visant à aider les communautés minoritaires de langue officielle et les Autochtones à travers le Canada à relever certains défis qui se posent dans leur contexte particulier. L'annexe présent un aperçu des diverses initiatives du FASSP reliés au sujet de ce rapport.

Pour certaines initiatives du FASSP, on a choisi d'utiliser, à divers degrés, des outils informatiques de gestion de l'information pour atteindre les objectifs visés. Dans le cadre de la réforme des soins de santé primaires, on peut parler de deux grands domaines d'utilisation :

- **Soutien de la prestation de services et des infrastructures pour faciliter le travail d'équipe dans l'offre de soins.** L'effet des outils est particulièrement important pour la gestion des maladies chroniques et les communications d'équipe ainsi que pour ce qui est de répondre aux besoins des cliniciens et des patients. Un certain nombre d'initiatives ont montré les répercussions dans ce domaine. La catégorie peut se subdiviser en trois sous-domaines : les **DME**, la **télésanté** et les **autres aspects de la gestion et de la technologie de l'information**. L'auteur a classé les initiatives selon leur appartenance *globale* à l'une ou l'autre des catégories, même si certaines peuvent toucher à plusieurs domaines.

- **Évaluation (utilisation secondaire des données).** L'effet des outils est particulièrement important pour la collecte de données utilisées pour la réalisation d'analyses rétrospectives visant à appuyer la mise en œuvre de programmes et à favoriser l'amélioration de la qualité.

2.1 Répercussions sur le soutien de la prestation de services et des infrastructures

Un certain nombre d'initiatives ont eu un impact sur le soutien de la prestation de services et/ou des infrastructures et ont facilité le travail d'équipe pour l'offre de soins. D'autres en sont soit à des stades précoces dans leur mise en œuvre et/ou ont jeté les bases pour soutenir la prestation de services, mais on ne peut pas encore identifier les répercussions qu'auront leurs DME. Certains responsables d'initiatives ont profité de l'occasion pour mettre en œuvre des stratégies en matière de gestion et de technologie de l'information qui avaient été élaborées avant l'avènement du FASSP. Par conséquent, dans ces cas, les avantages se sont concrétisés pendant la durée de vie des initiatives en question alors que, dans d'autres cas, ils ne se sont pas encore matérialisés.

Comme on l'indique dans le rapport sur l'initiative *Renouvellement des soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick*, « le projet de développement de dossiers de santé électroniques est en cours d'élaboration dans les centres de santé communautaire. Les parties concernées ont identifié l'importance des dossiers de santé électroniques pour soutenir les approches de mise sur pied d'équipes multidisciplinaires au sein des centres de santé communautaire » [traduction]. Le projet de création d'un résumé médical informatisé de la Colombie-Britannique, qui faisait partie de l'initiative de la province financée par le FASSP, vaut la peine d'être mentionné. La province a décidé qu'il n'était pas réaliste d'envisager un DME complet pour le moment et a choisi d'adopter une approche progressive à la place.



2.1.1 Dossiers médicaux électroniques

Dans le cas de la plupart des initiatives qui comportaient une composante DME, on a visé un ou plus des objectifs ci-dessous.

- utiliser les systèmes informatiques pour faciliter les communications au sein des équipes multidisciplinaires et l'intégration des fournisseurs de soins de santé primaires;
- soutenir les équipes multidisciplinaires en leur fournissant une approche globale et intégrée pour la planification des soins aux patients souffrant de maladies chroniques et en mettant l'accent sur la prévention et le maintien pour favoriser la réduction des complications et du nombre de cas d'hospitalisation;
- pour faciliter la gestion des maladies chroniques, favoriser l'élaboration d'algorithmes/de modèles qui rendent possible l'utilisation de messages/de fonctionnalités de rappel; la réalisation d'interventions proactives; l'offre de soutien aux patients pour qu'ils puissent s'autogérer, maintenir leur santé et prévenir les maladies; et l'élaboration de directives fondées sur l'expérience clinique;
- améliorer la coordination, l'efficacité et la qualité des services de santé.

Aux cinq endroits où s'est déroulée *l'Initiative Tui'kn*, la mise en œuvre de systèmes de dossiers médicaux électroniques s'est soldée par un succès. Ainsi, on peut maintenant faire un suivi d'un ensemble d'indicateurs clés grâce aux DME. Les communautés qui ont participé à l'initiative ont adopté des procédures et un manuel de codage communs, ce qui rend possible la réalisation d'analyses comparatives. Les données tirées des DME sont utilisées pour la prise de décisions cliniques, la planification en matière de programmes et les évaluations.

Dans le cadre de *l'Initiative du FASSP du Yukon*, on a mis en place deux systèmes contenant des données cliniques : un système d'information sur la maladie mentale et le système intégré d'information sur la santé publique (SIISP). L'application sur la santé mentale a contribué à améliorer la gestion des patients et des cas, et l'un des résultats immédiats a été l'amélioration de la capacité à produire des rapports. On prévoit aussi que l'introduction de l'application au sein des différents

organismes avec qui on a des clients/des intérêts en commun pourrait favoriser la collaboration entre les organismes. Pour sa part, le SIISP a grandement amélioré l'accès aux dossiers d'immunisation, il a amélioré la précision des dossiers et il a réduit le temps nécessaire pour faire des vérifications et des rappels. La mise en œuvre du système a mené à la normalisation des politiques dans tous les centres de santé du territoire.

En ce qui a trait à *l'Initiative du FASSP de la Colombie-Britannique*, on a mis en place des DME dans 16 organismes de soins de santé primaires. Au sein de ces organismes, 85 p. 100 des bureaux ont utilisé des DME, 86 p. 100 ont eu recours à une approche multidisciplinaire pour offrir leurs soins et 88 p. 100 ont identifié et utilisé un mécanisme pour faire le lien avec le système de santé communautaire ou l'autorité régionale en matière de santé. Dans les cas où on disposait déjà de données électroniques (résultats de tests de laboratoire, antécédents pharmaceutiques, résultats obtenus grâce à l'imagerie diagnostique et rapports de spécialistes), on a créé des interfaces entre les données et les DME. Dans le cadre de l'initiative, on a aussi mis au point une trousse d'outils pour la prise en charge des maladies chroniques pour appuyer l'initiative dans ce domaine. À l'heure actuelle, plus de 1 300 professionnels de la santé l'utilisent, dont environ 800 médecins, et elle répond aux besoins de la Colombie-Britannique en ce qui a trait à la collecte de données reliées aux pratique familiale offrant une gamme complète de services et à ceux au chapitre de la facturation. La Saskatchewan, le Manitoba et le Yukon ont mis en place la même trousse d'outils. Enfin, *l'Initiative du FASSP de la Colombie-Britannique* a démontré que les échanges électroniques de données cliniques entre les omnipraticiens et les spécialistes étaient sécuritaires.

En ce qui a trait à la composante de *l'Initiative de partenariat national entre les soins à domicile et les soins de santé primaires* reliée à Calgary, huit coordonnateurs de soins de santé communautaires de la ville ont obtenu un accès électronique aux bureaux de certains médecins. Ils ont utilisé un instrument d'évaluation conçu pour les résidents spécifiquement pour les soins de santé primaires, le RAI-HC (Resident Assessment Instrument for Home Care). Quatorze médecins ont été formés pour utiliser cet outil. Des questionnaires de soins à domicile l'ont également utilisé pour communiquer par télécopieur et par courriel avec les patients qui préféraient ces modes de communication. Près de 1 000 clients ont pu bénéficier d'une approche globale

de gestion des maladies chroniques, et celle-ci a permis d'améliorer les résultats cliniques dans le cas des patients souffrant de diabète. À Calgary, le modèle ayant été mis en place plus tôt qu'à Halton et à Peel, où la composante ontarienne de l'initiative s'est déroulée, on a observé des baisses statistiquement significatives de l'hémoglobine glycosylée (A1C) pour les clients pendant la durée de vie de l'initiative.

En ce qui a trait à la composante de l'Ontario, huit gestionnaires de cas, dix médecins de Peel et six médecins de Halton ont été branchés à un nouveau système informatisé visant à faciliter la gestion des maladies chroniques et ont utilisé ce système. On a créé des DME pour l'ensemble des 942 patients diabétiques des deux régions. Le personnel des Centres d'accès aux soins communautaires a rapporté que, pour ce qui est des patients dirigés vers d'autres fournisseurs de soins, il a noté que les médecins avaient une vision plus claire des services qui s'offrent à eux. En ce qui a trait à la satisfaction des clients/patients et des fournisseurs de soins, si les fournisseurs des deux provinces ont été incommodés par des retards dans la mise en œuvre, ils se sont montrés optimistes au sujet des solutions de gestion de l'information et étaient fortement d'accord pour conserver le système. Les fournisseurs de soins (les gestionnaires de soins à domicile et les médecins) ont aussi exprimé leur grande satisfaction par rapport à divers aspects de l'initiative, notamment par rapport à la gestion des soins, à la gestion des maladies chroniques, à la collaboration, à la confiance accrue des gens et aux aspects reliés aux communications et au partage de l'information. Si l'on compare les résultats au sujet de la perception que les gens souffrant de diabète ont de leur état de santé avec ceux de Statistique Canada obtenus pour la population canadienne dans son ensemble (la majorité des répondants ont indiqué que leur état de santé était seulement passable), on remarque que les sujets interrogés à Calgary et en Ontario se sont montrés beaucoup plus positifs.

En ce qui a trait à l'initiative *Renouvellement des soins de santé primaires de la Nouvelle-Écosse*, même si on en était toujours aux premiers stades de mise en œuvre en mai 2006, 47 cliniques y participaient et plus de 500 utilisateurs inscrits utilisaient le programme de gestion de l'information sur les soins de santé primaires. Grâce au programme, on peut recevoir des résultats de test et les résultats obtenus grâce à l'imagerie

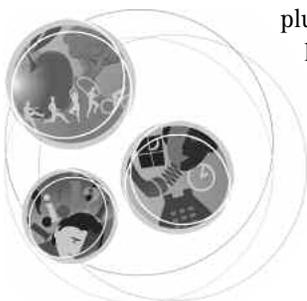
diagnostique en format électronique des trois hôpitaux de la province qui utilisent un système d'information et le logiciel de gestion des DME sélectionné pour la province. On prévoyait qu'à la fin de septembre 2006, 30 p. 100 des médecins de la Nouvelle-Écosse offrant des soins de santé primaires seraient inscrits au programme.

2.1.2 Télésanté

La notion de télésanté englobe les vidéoconférences, la télésurveillance et les lignes d'infosanté. La plupart des initiatives à ce chapitre ont clairement démontré que la télésanté avait une incidence sur le soutien de la prestation de services et/ou sur le soutien des infrastructures et, par conséquent, qu'elle facilitait le travail d'équipe pour l'offre de soins. Dans le cas d'une des initiatives, on a même jeté les bases pour le futur. En ce qui a trait aux lignes d'infosanté, deux initiatives multigouvernementales ont favorisé la mise sur pied de nouvelles lignes. Deux provinces ont créé des nouvelles lignes et deux autres ont amélioré les lignes existantes. On a des preuves que les lignes d'infosanté améliorent l'accès aux services offerts lors du premier contact. Dans le cadre des autres initiatives en matière de télésanté, on a travaillé à mettre au point des outils et des cadres pour appuyer l'évaluation des lignes d'infosanté et la télésanté en général.

Dans les rapports produits sur les initiatives de télésanté, on a indiqué que les systèmes de télésanté sont utiles dans les cas ci-dessous.

- Prise de décisions cliniques
 - Consultation à distance de spécialistes
 - Soutien pour l'obtention par les professionnels de la santé d'une deuxième opinion
 - Soutien pour les interventions en cas de crise
 - Soutien en cas d'urgence lorsque les patients ne peuvent être transportés à cause d'intempéries ou de l'instabilité de leur état
- Formation et éducation
 - Perfectionnement professionnel et formation continue pour les fournisseurs de soins de santé œuvrant au sein de communautés rurales
 - Éducation des patients : soutien offert pour leur permettre de mieux gérer leurs maladies
 - Formation/Sensibilisation en matière de prévention et de bien-être
 - Séances scientifiques



- Réunion de tous les intéressés
 - Réunion de tous les intéressés au sujet de la planification des soins et des congés des hôpitaux

Dans le cas de la plupart des initiatives de télésanté, on a pu tirer les conclusions ci-dessous.

- Grâce à la technologie, les clients peuvent avoir accès à des spécialistes à partir de différents centres et peuvent être dirigés, par exemple, vers des soins pédiatriques ou obstétriques.
- La technologie permet aux clients de réduire leur degré de stress et fait en sorte qu'ils ont plus confiance dans les soins prodigués.
- Elle permet aux clients d'accéder à tout un éventail de documents sur la promotion de la santé et la prévention.
- Elle fait en sorte que les professionnels du domaine de la santé et des services sociaux peuvent avoir accès à diverses formes de cours de formation permanente à distance (y compris à de la formation médicale) et qu'ils peuvent y avoir recours pour maintenir et mettre à jour leurs habiletés cliniques, maintenir leur relations collégiales et favoriser les discussions avec leurs pairs.
- Elle peut être utile pour rassurer les fournisseurs qui offrent des soins aux membres de la famille des patients traités en rendant possibles les contacts avec les patients recevant des soins à l'extérieur de leur communauté. Cela est particulièrement important pour les résidents unilingues lorsque les traitements (ex. : soins palliatifs) se donnent dans des établissements situés à l'extérieur de la région.
- Elle facilite les séances de formation et les réunions de gestion pour le personnel. Les retombées positives peuvent inclure la réduction des coûts globaux des soins de santé (par patient), l'amélioration des résultats pour les patients et une utilisation plus efficace des ressources humaines (autrement dit, on réussit à faire plus avec moins). De plus, la technologie permet d'attirer des professionnels de la santé dans les régions et de les retenir, et aussi d'offrir une aide à distance aux

infirmières et aux infirmiers qui travaillent en région éloignée.

- Elle permet de réduire le nombre déplacements de patients vers des grands centres urbains, le nombre d'admissions à l'hôpital et le besoin d'envoyer des spécialistes sur place en région éloignée.

Le réseau de télésanté a pris de l'expansion dans le cadre de l'initiative *Outil pour aider les peuples isolés – Réseau Ikajuruti Inungnik Ungasiktumi (IIU)* et s'étend maintenant à de nouvelles communautés. Le réseau a été utilisé par bon nombre de professionnels de la santé, de membres du personnel des établissements de santé et de patients dans 10 communautés du Nunavut pendant plus de 2 800 heures entre avril 2004 et décembre 2005. De façon générale, 39 p. 100 du nombre d'heures totale d'utilisation mensuelle du système de télésanté a été consacré à la formation/à l'éducation, 31 p. 100 a été consacré à des activités cliniques et 17 p. 100 a servi à obtenir un soutien lors des visites. Le but de l'initiative n'était pas de réaliser des économies mais plutôt d'améliorer la gamme de services médicaux, sociaux et éducationnels offerts aux communautés et de prodiguer des soins d'une manière nouvelle et pratique. Néanmoins, le Nunavut a réalisé des économies (estimées de façon conservatrice à 1 631 644 \$) en bonne partie à cause de la réduction des frais de déplacement pour des raisons médicales ou pour assister à des séances de formation ou à des réunions. Au cours de la dernière année du déroulement de l'initiative, l'utilisation du réseau de télésanté a augmenté de 40 p. 100, et 46 p. 100 de cette augmentation correspond à une utilisation clinique (interaction entre un professionnel de la santé et un client). Il s'agit d'une réalisation remarquable si l'on considère que le programme n'en est qu'à ses premiers balbutiements.

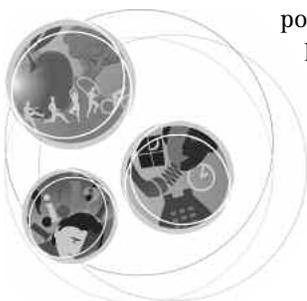
Dans le cadre de l'initiative intitulée *Accès accru et intégration des services de santé – Plan d'expansion du partenariat Télésanté Keewaytinook Okimakanak (KO)/Réseau NORTH*, les principaux outils informatiques utilisés pour gérer l'information aux 19 endroits participants ont été les outils de vidéoconférence et les périphériques permettant de poser des diagnostics (otoscopes, stéthoscopes, caméras permettant de réaliser des examens, caméras pour des documents). Le personnel affecté à la prise de rendez-vous a aussi utilisé une fonction de télésanté pour organiser des rendez-vous entre des clients au sein des collectivités des Premières

nations et des professionnels de la santé. Les gens ont également utilisé le système de réservation de K-Net, qui est connecté par satellite, pour réserver du temps d'utilisation de la bande passante pour la tenue de séances dans des collectivités situées dans des régions éloignées et reliées par satellite.

En ce qui concerne l'*Initiative de mise en œuvre d'un système de radiologie numérisée et de téléradiologie au Nunavik*, elle a permis d'installer des appareils de radiologie numérique et des postes de consultation dans deux centres de santé du Nunavik de même qu'un poste de diagnostic dédié aux images du Nunavik à l'Hôpital général de Montréal. L'initiative a également favorisé l'amélioration de la qualité de l'image et du degré de précision des diagnostics, entre autres en favorisant une plus grande flexibilité dans le traitement des images. Depuis le début des activités cliniques en mai 2006, quelque 500 radiographies ont été transmises par mois. En outre, grâce à l'initiative, les habitants du Nunavik peuvent maintenant consulter plus facilement des spécialistes, et les travailleurs locaux œuvrant dans le domaine de la santé ont acquis de nouvelles habiletés. L'initiative a aussi eu un effet évident sur le degré de satisfaction des professionnels de la santé. Les techniciens en radiologie ont rapporté qu'ils étaient contents de la mise en œuvre des nouveautés technologiques parce qu'elles permettent de réduire les traitements et qu'elles rendent leur travail plus stimulant. Par ailleurs, la pellicule photographique est maintenant plus accessible, les problèmes de transport et d'entreposage ont été enrayerés, et les transactions peuvent maintenant être retracées sur le serveur en tout temps. En somme, les services de santé du Nunavik sont maintenant mieux intégrés, on dispose d'un mécanisme de coordination adapté à la région et on gère plus efficacement le processus par le biais duquel on identifie les besoins thérapeutiques et on y répond.

En ce qui concerne l'*Initiative du FASSP de l'Ontario*, voici quelques-unes des nombreuses réalisations en matière de télésanté.

- En faisant en sorte que les fournisseurs et les clients utilisent un système de télégestion comportant des fonctionnalités de télésurveillance, d'aide à la décision clinique et de télécommunication, on a favorisé une amélioration des résultats pour les patients diabétiques souffrant d'hypertension non normalisée.



- On a mis en œuvre un projet de « télésoins de santé primaires » pour améliorer l'accessibilité aux soins dans les zones géographiques relativement sous-desservies ainsi que la continuité des soins. Grâce à la technologie, les fournisseurs de soins de santé primaires travaillant au sein d'équipes multidisciplinaires sont maintenant plus facilement accessibles, on a promu la collaboration interdisciplinaire, et les connaissances et les habiletés des praticiens se sont améliorées.

En ce qui concerne l'initiative *Lignes d'infosanté*, les différents ordres de gouvernement ont collaboré par rapport à divers aspects des lignes téléphoniques, qu'ils avaient déjà lancées ou qu'ils étaient en voie de mettre sur pied grâce à un financement fédéral-provincial. Dans cette initiative et dans l'*Initiative du FASSP de l'Alberta*, des infirmières et des infirmiers autorisés ont effectué un triage téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, et ont utilisé des protocoles informatisés pour réaliser des évaluations de santé se fondant sur les symptômes, donner des informations générales sur la santé et orienter les patients. L'un des centres d'appel a eu recours à un triage électronique pour tous les services d'urgence de la région pour faire en sorte que les rapports soient plus précis et il a utilisé un registre pour faire un suivi des maladies chroniques. Un autre centre a fait en sorte qu'on puisse avoir accès aux rapports de radiologie et aux résultats de test sous forme électronique pour les DME. Dans le cadre d'un sondage réalisé auprès de ceux qui avaient appelé dans un des territoires, presque 100 p. 100 des sujets ont répondu qu'ils étaient prêts à réutiliser la ligne d'infosanté et qu'ils la recommanderaient à leur famille et à leurs amis. Ils ont dit s'être sentis à l'aise pour poser des questions, et ils ont trouvé que l'information qu'on leur avait donnée était utile. Ils ont aussi dit qu'ils avaient été en mesure d'obtenir l'information dont ils avaient besoin et qu'ils se sentaient mieux informés au sujet des questions ou des points qui les inquiétaient après avoir appelé. Le taux de satisfaction des clients a été encore plus élevé dans les cas où il y avait de multiples points de triage. Les clients aiment l'idée de tout trouver à la même enseigne et ont répondu positivement à l'augmentation des points de triage.

Une évaluation de la ligne Health Link Alberta, une composante de l'*Initiative du FASSP de l'Alberta*, qui a porté sur trois ans a révélé que le service a changé la façon dont les gens accèdent aux services de santé primaires et les utilisent. Les appelants ont indiqué que la

Health Link améliorait leur capacité à trouver réponse à leurs questions et à autogérer leur santé. Dans le cas d'environ 57 p. 100 des appels triés, on a recommandé aux gens de gérer les soins eux-mêmes et, dans la vaste majorité des cas, les gens ont dit qu'ils avaient suivi cette recommandation.

L'*Initiative du FASSP de l'Ontario* a été l'une des deux initiatives qui a mis à contribution la nouvelle technologie des téléphones cellulaires. Le projet d'utilisation d'assistants numériques et d'algorithmes de soins aux patients pour rendre les pratiques exemplaires en matière de soins cardiaques plus accessibles a démontré l'utilité et la convivialité des outils d'aide à la décision intégrés dans des assistants numériques. Lors d'un essai clinique qui a duré trois mois, on a enregistré 61 appels concernant des douleurs à la poitrine. Ces appels ont été pris par neuf coordonnateurs de soins infirmiers. Les infirmières et les infirmiers ont utilisé le formulaire électronique dans 46 cas et le formulaire papier dans 15 cas. Dans le cadre du projet, on a identifié 28 éléments de données pour lesquels on devrait créer des champs obligatoires pour les patients ayant subi une chirurgie cardiaque et souffrant de douleur à la poitrine. Enfin, dans 61 p. 100 des cas, les renseignements obtenus grâce au formulaire électronique étaient plus complets que ceux obtenus grâce au formulaire papier dans des cas comparables.

La technologie des téléphones cellulaires est de plus en plus acceptée au sein de l'industrie des soins de santé (Wu, Wang et Lin, 2007). Comme Rubin l'a indiqué, le fait d'utiliser un système informatisé autonome d'aide à décision qui fait appel à la technologie des téléphones cellulaires pour les cas d'infection aiguë des voies respiratoires au point de service peut donner lieu à de meilleures pratiques de prescription pour lutter contre les microbes dans le cas des patients externes et favoriser la collecte d'un ensemble de données cliniques utiles (Rubin, Bateman, Donnelly, Stoddard, Stevenson et al., 2006). Il est certain que la technologie des téléphones cellulaires, qu'il s'agisse de la technologie actuelle ou de nouvelles techniques, aurait pu être utilisée dans le cas de bon nombre d'initiatives si le FASSP avait été lancé ces jours-ci.

2.1.3 Autres initiatives touchant à la gestion et à la technologie de l'information

Plutôt que d'avoir un effet direct sur la prestation de services, les initiatives qui entrent dans la catégorie des autres initiatives ont eu une plus grande incidence sur la prestation indirecte des services et/ou sur le soutien des infrastructures visant à faciliter le travail d'équipe dans la prestation de soins. Dans le cadre de ces initiatives, on a élaboré des normes régissant les données et les messages ainsi que des outils et des cadres pour usage futur, on a réalisé des sondages et/ou on a organisé des ateliers, et on a produit des rapports sur les exigences reliées à la mise en œuvre des DME pour la prestation de soins de santé primaires.

Les consultations réalisées dans le cadre de l'*Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé : un processus du changement pour appuyer la collaboration* ont révélé que la gestion et la technologie de l'information étaient des facteurs clés pour la promotion de la collaboration au sein des équipes de soins.

Le Western Health Information Collaborative (WHIC) [partenariat de l'Ouest en information sur la santé] est un processus qui a été mis sur pied par les premiers ministres et les sous-ministres de la Santé de l'Ouest canadien pour explorer les possibilités de collaboration en ce qui a trait aux initiatives reliées aux infrastructures de santé. Dans le cadre de l'initiative *Infostructure de gestion des maladies chroniques pour l'Ouest du Canada*, on a élaboré des normes pour la gestion des maladies chroniques. Les normes concernant les données ont établi des paramètres pour le contenu et les messages, lesquels ont établi des paramètres pour les échanges électroniques. Ces normes permettent le partage d'un ensemble commun de données cliniques. L'élaboration conjointe de normes concernant les DME, qui ont servi de base pour la définition de spécifications pour les messages en fonction de normes fondées sur la version 3 du protocole HL7, est considérée comme la réussite numéro un du processus WHIC et de l'initiative reliée à l'infostructure. Les provinces participantes sont présentement en voie de mettre en œuvre les normes pour les messages, donc il serait prématuré d'évaluer les répercussions à ce stade-ci.

L'initiative *Soutenir la mise en œuvre de dossiers médicaux électroniques dans les établissements de soins de santé primaires multidisciplinaires* visait à appuyer

le projet de mise en place de DME. Les DME visaient à appuyer certaines activités, comme la prise de décisions, la tenue de registres, le partage d'informations entre les différents fournisseurs, la prescription de médicaments sous forme électronique, la planification de programmes communautaires et les initiatives d'amélioration. L'une des principales conclusions qu'on a pu tirer grâce à cette initiative (et à la trousse relative aux DME qui a été élaborée) c'est que les DME ne font pas qu'améliorer et automatiser les processus existants (comme la tenue de registres), ils permettent aussi de rehausser certaines activités existantes et d'en réaliser de nouvelles (ex. : réalisation d'initiatives d'amélioration de la qualité, planification de programmes communautaires et prestation de programmes). La récente mise en œuvre, en Angleterre, du programme de points Quality Outcomes Framework [cadre visant à assurer la qualité des résultats] pour les omnipraticiens a entraîné des répercussions cliniques qui montrent le genre d'amélioration en matière de soins que la mise en place de mesures appropriées permet d'atteindre (Kmietowicz).

Dans le cadre de l'initiative *e-Therapeutics : outils de gestion des pharmacothérapies pour rehausser la sécurité et les résultats*, on a mis au point des outils d'aide à la décision pour les praticiens. Grâce à ces outils électroniques, on a pu travailler à relever le défi d'offrir des pharmacothérapies optimales. Les outils fournissent aux praticiens offrant des soins de santé primaires au point de service un accès potentiel à des données d'origine canadienne à jour sur les médicaments et les thérapies fondées sur l'expérience clinique.

Dans le cadre de l'initiative *Amélioration continue de la mesure de la qualité dans les soins et services de première ligne en santé mentale – Finalisation de la mise en œuvre*, on a élaboré des normes de qualité des données pour évaluer la qualité des soins de première ligne en santé mentale et on a fait des recommandations pour l'intégration de ces mesures dans les systèmes existants contenant des données sur la santé. La base de données sur l'amélioration continue de la mesure de la qualité a des fonctions de recherches qui comportent de multiples facettes. Celles-ci permettent la personnalisation des résultats en fonction d'une grande variété de parties concernées et de régions d'un bout à l'autre du pays. La base de données fait aussi en sorte qu'on peut avoir accès à un plus grand nombre (160) de mesures de la qualité des services de première ligne en santé mentale.

2.2 Répercussions sur l'évaluation

Trois initiatives entrent dans la catégorie des évaluations si l'on prend en considération l'aspect de la collecte de données pour appuyer la prestation de programmes et les initiatives d'amélioration de la qualité.

Dans le cadre de l'*Initiative Tui'kn*, on a mis en place un système d'information qui permet aux communautés de surveiller les tendances, les usages et les résultats et d'utiliser l'information pour prendre des décisions par rapport à des aspects cliniques, à des politiques ou à des questions de financement. Le système inclut des données du dossier électronique des patients et des liens vers toute une série de sources locales, provinciales ou nationales. Les promoteurs de l'initiative sont d'avis que le système renferme l'un des meilleurs ensembles de données au pays pour la planification et l'évaluation dans le domaine de la santé.

Les statistiques sur les programmes et sur les clients obtenues grâce à l'*Initiative de partenariat national entre les soins à domicile et les soins de santé primaires* ont aussi constitué une source d'information pour les évaluations. On a entre autres recueilli des données sur le type de diabète; sur le nombre d'interventions réalisées, de services offerts et de cas d'assistance ainsi que sur leur type; sur le nombre et le type de patients dirigés vers d'autres programmes ou d'autres fournisseurs; sur les changements dans les niveaux d'hémoglobine glycosylée (A1C); et sur les admissions dans les établissements de soins de longue durée et dans les autres types d'établissements.

Dans le cadre de l'*Initiative du FASSP du Manitoba*, on a élaboré un système d'information sur les services communautaires pour pouvoir offrir un accès à des sources d'information disparates. On a branché des ordinateurs personnels en réseau, on a mis sur pied un réseau local, on a obtenu des accès à Internet et à des bases de données provinciales, et on a installé un logiciel de gestion des bureaux et des pratiques. Les solutions informatiques offertes par le système d'information sur les services communautaires ont été perçues comme un moyen de coordonner les activités des fournisseurs de services des différents centres ou des différentes régions et des informations provenant de chacun. Grâce à cela, on a pu prendre des rendez-vous et diriger les patients plus efficacement. En bout de ligne, on a amélioré la rapidité à laquelle on offre les services ainsi que leur

qualité, ce qui a globalement contribué à améliorer les services.

Qu'il y ait peu d'activités qui entrent dans cette catégorie n'est pas surprenant puisqu'il faut disposer d'un entrepôt de données secondaires pour être en mesure de générer des données utiles pour produire des analyses rétrospectives efficaces visant à soutenir la prestation de programmes et à favoriser l'amélioration de la qualité.

Pour qu'on puisse utiliser efficacement les outils d'exploration de données et de veille économique, l'entrepôt de données doit être alimenté avec des données provenant des systèmes cliniques opérationnels, qui sont utilisés pour prodiguer les soins au quotidien, plutôt que de systèmes distincts utilisés pour recueillir des données uniquement à des fins statistiques (Szirbika, Pelletiera et Chausalet, 2006).



3 Apprentissages clés

Dans le cas des initiatives pour lesquelles on a décidé de mettre l'accent sur la technologie, on s'y est pris de façons différentes pour le faire. Dans certains cas, on a organisé des conférences pour communiquer l'information et obtenir un consensus par rapport aux prochaines étapes. Dans d'autres cas, on a cherché à améliorer la prestation de services. Néanmoins, dans le cas de presque toutes les initiatives qui entraînent dans la catégorie de la prestation de services, on a dû faire face aux inévitables problèmes et barrières qui découlent de l'utilisation de la technologie. Dans le présent rapport, les défis et les difficultés sont classés de manière à entrer dans l'une ou l'autre des catégories suivantes : gestion des programmes et des changements, technologie, normes et données, et financement et ressources humaines. Dans le cas de certaines initiatives, les difficultés et les défis qui se sont posés ont retardé la mise en œuvre des projets. Dans ces cas-là, si les échéances initiales ont changé, les accomplissements ont aussi été moindres que prévu. De plus, pour bon nombre d'initiatives, la composante reliée à l'évaluation a été sérieusement affectée.

Dans les paragraphes qui suivent, vous trouverez un sommaire des défis et des difficultés. De nombreux rapports parmi ceux qui ont été produits sur les initiatives qui ont été réalisées contiennent des détails et des données de très bonne qualité sur les défis qui se sont posés en cours de route. Ils constituent une précieuse source d'informations, à partir de laquelle on peut tirer des enseignements.

3.1 Difficultés et défis reliés à la gestion des programmes et des changements

Planification. On a identifié le besoin d'élaborer un plan global de gestion de l'information aux premiers stades de discussion dans le cadre de bon nombre d'initiatives, en particulier dans le cas de celles auxquelles Inforoute Santé du Canada participe. Dans quelques cas, l'adaptation des plans en fonction d'Inforoute Santé du Canada a retardé le lancement des systèmes. La multitude de logiciels et de solutions informatiques déployés et l'absence d'une stratégie globale bien définie en matière de technologie de l'information au sein des différents territoires concernés a eu pour effet de compliquer les choses dans le cas d'un certain nombre

d'initiatives. L'étape de la planification de projet a souvent pris plus de temps que prévu, ce qui peut possiblement s'expliquer dans certains cas par un manque d'information de la part de non nombre de parties concernées par rapport à la planification et à la mise en œuvre des solutions informatiques.

Priorités. On a observé beaucoup de retards découlant du fait de devoir s'ajuster en fonction de priorités concurrentes au sein des administrations provinciales. D'autres retards ont été occasionnés à cause de priorités concurrentes à l'interne ou du manque de personnel informatique. Les offices régionaux et les régions régionales de la santé ont indiqué dans certains cas qu'ils avaient tellement d'autres priorités à gérer qu'ils ne voyaient pas très bien quelle place ils pourraient accorder aux nouvelles applications informatiques dans leur liste. Le secteur des soins de santé primaires englobe beaucoup d'activités. Ainsi, pour toutes les initiatives, on doit faire face à des défis par rapport à la portée, à la séquence d'exécution, etc. Par exemple, si on décide de former des équipes pour la prestation de soins de santé primaires, on peut se demander à quel stade on devrait intégrer les DME dans les diverses activités de soutien et de gestion des changements.

Coordination. La difficulté de coordination du personnel situé à divers endroits en fonction de différents fournisseurs et de différentes priorités a souvent été mentionnée. Le fait de travailler avec des parties concernées de divers échelons et de divers endroits ayant des intérêts différents a aussi été une difficulté importante dans le cadre de bon nombre d'initiatives. (Par exemple, on a eu de la difficulté à atteindre un consensus en ce concerne les achats de matériel.) Au chapitre du développement des applications et des tests, il y a eu des conflits avec d'autres projets de systèmes. Il est extrêmement difficile de mettre en œuvre un système informatique lorsque ce dernier touche à plus d'une entité et lorsque qu'il y a bon nombre d'utilisateurs dans l'environnement de test. Sur le plan technologique, la coordination des besoins de toutes les parties concernées, de certains éléments fonctionnels et de certaines procédures sur le plan de la sécurité et de la confidentialité ont suscité bon nombre de discussions et ont donné lieu à beaucoup de négociations. Les communications, qui ont été maintenues à toutes les étapes, ont exigé du temps, du personnel et du financement.

Restructuration des processus. L'un des obstacles qui a été identifié à un certain nombre de reprises a été la longue phase d'intégration des nouvelles pratiques par les utilisateurs. On a aussi souvent mentionné la difficulté de s'adapter aux changements importants découlant de nouveaux besoins fonctionnels, de l'évolution de besoins existants et/ou de l'ajout de nouveaux modèles. Bon nombre de bureaux ont trouvé que cela coûtait très cher d'intégrer la technologie reliée aux DME dans le cadre quotidien de travail. Ces derniers ont eu de la difficulté à trouver du temps pour apprendre à utiliser les nouveaux outils technologiques vu leur horaire déjà chargé. Ceux qui ont adopté les outils le plus rapidement ont été les bureaux qui avaient une certaine flexibilité et qui pouvaient se libérer périodiquement pour faire de la formation.

Augmentation des paramètres des projets. Cela constitue une menace constante pour n'importe quel projet informatique. Il n'a pas été facile de faire en sorte de ne pas élargir la portée de la mise en œuvre à cause de la capacité du système et/ou de l'enthousiasme des utilisateurs par rapport à l'adoption de nouvelles fonctionnalités. En bout de ligne, cela aurait eu un impact sur les budgets et sur les échéanciers. Gérer les attentes a été un autre aspect qui a été difficile. Les applications informatiques sont de plus en plus utilisées pour la prestation de soins et de services de santé. Dans certains cas, on s'est demandé si on avait suffisamment d'unités et si la capacité du réseau allait être suffisante pour répondre à toutes les demandes d'utilisation.

Politiques actuelles. Les exigences par rapport aux demandes de proposition de certains ministères provinciaux ont contribué à faire en sorte que le processus s'étire dans certains cas. De plus, selon certains, le fait qu'il y ait trop de comités chargés de faire respecter les codes d'éthique aurait aussi contribué à ralentir les choses.

3.2 Difficultés et défis reliés à la technologie

Infrastructures. Les ordinateurs et les logiciels utilisés dans les établissements de soins de santé primaires étaient, dans bien des cas, assez vieux. Parmi les établissements, bon nombre n'avaient pas de réseau local ou encore en avaient un qui ne satisfaisait pas aux normes en vigueur ou qui n'était pas certifié. Ils n'avaient pas tous non plus une connexion à Internet

fiable et à haute vitesse pour accéder aux sites portant sur les soins de santé primaires. Par ailleurs, dans bon nombre de cas, les bureaux étaient petits et il y avait peu de place de libre pour y installer des périphériques ou d'autres types de matériel. Dans le cas d'une des initiatives, la difficulté était le manque de dispositifs sans fil. On a réglé le problème en mettant au point un système personnalisé de télégestion de la pression artérielle. À mesure que les réseaux se sont étendus (ex. : au fil des nouvelles inscriptions des communautés au programme) et que les demandes d'utilisation des communautés ont augmenté, on a été confrontés à certaines limites sur les plans fonctionnel et financier et sur celui du rendement. Dans quelques cas, on a dû faire face à des exigences inhabituelles en ce qui a trait aux licences et aux modèles de prestation de services.

Qualité des services offerts grâce à une liaison satellite. Les répéteurs de satellite ne font pas la différence entre les paquets de données standard et ceux issus de vidéoconférences, et la capacité des réseaux à maintenir un débit binaire minimum n'était pas claire dans le cadre des initiatives. Dans certains cas, la capacité limitée de la bande passante du satellite a posé problème; le service de liaison par satellite a pu accepter seulement un nombre limité de vidéoconférences. L'augmentation de la demande a exigé qu'on tempère les besoins des communautés tout en gérant le coût très élevé des lignes principales dédiées à chaque endroit.

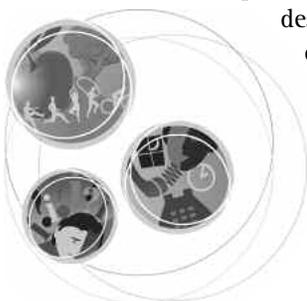
Interexploitabilité. Les médecins utilisaient des DME différents, donc cela a complexifié le processus de création d'interfaces. Par ailleurs, on a dû s'occuper de toute une série d'aspects reliés au matériel, à la connectivité et au degré de familiarité des utilisateurs avec les outils informatiques et donner la formation appropriée au personnel. Certains systèmes de DME utilisés pour la prestation de soins de santé primaires n'avaient pas la capacité suffisante pour pouvoir être connectés aux systèmes de fournisseurs de soins de santé dans d'autres communautés, notamment à ceux d'unités de santé publique, ni aux systèmes des pharmaciens et des hôpitaux locaux pour assurer la continuité des soins. Dans le cas de certaines initiatives, on a aussi éprouvé des problèmes de compatibilité parce que les systèmes informatiques que certains professionnels de la santé avaient achetés n'étaient pas compatibles avec les systèmes des médecins. Enfin, on a aussi eu des problèmes techniques concernant le transfert d'images et d'autres types de données d'un système à l'autre.

3.3 Difficultés et défis liés aux données et aux normes

Accès aux données. Dans certains cas, certaines difficultés ont été relevées par rapport à l'accès à certaines données spécifiques des communautés faisant partie de grands ensembles de données provinciales ou fédérales et à leur extraction. Dans d'autres cas, on a eu de la difficulté à incorporer des données provenant d'autres sources (comme des hôpitaux). Si nous pouvons partager ces données, le système de soins de santé primaires sera amélioré. De telles données déclencheraient des messages d'alerte indiquant au personnel qu'il y aurait des données manquantes ou encore qu'il faudrait faire un suivi, diriger des patients, fournir de la rétroaction aux utilisateurs ou fournir des rapports sur l'évolution des patients.

Régie des données. On a exprimé certaines inquiétudes au sujet de la prise en charge, du contrôle, de l'accès et de l'appartenance. Dans bien des cas, on a dû mettre ces inquiétudes en perspective par rapport à celles des intendants des actifs informationnels en ce qui a trait à la confidentialité et à la protection des renseignements. Dans le cas d'une des initiatives, on a eu à faire face à des problèmes de confidentialité et d'appartenance, ce qui a retardé l'établissement des connexions réseaux avec certains bureaux participant au projet et ce qui a nécessité l'élaboration d'accords juridiques. La régie des données exige du temps et de l'énergie, mais elle est essentielle.

Normes. Les DME sont très répandus dans certaines provinces, mais il y a peu de normes pour régir les données et les communications. Dans un des cas, les lacunes à cet égard ont ralenti le développement d'un système comportant une fonction avancée d'aide à la décision, et on a dû revoir manuellement les tableaux sur les lieux, ce qui s'est avéré être un long et laborieux travail et qui a exigé une bonne dose d'efforts au chapitre de la saisie de données et des validations ainsi que pour régler des problèmes de transfert. Dans le cas de certaines initiatives, on a exprimé certaines inquiétudes par rapport au respect des normes et des lois sur la protection des renseignements personnels des patients. Leur interprétation de plus en plus restrictive a aussi été mentionnée au chapitre des difficultés ou a dû être gérée dans quelques cas.



3.4 Difficultés et défis en ce qui a trait au financement et aux ressources humaines

Recrutement. Recruter des candidats qualifiés localement, au sein des communautés, et leur offrir des programmes de formation qui répondent à leurs besoins a été difficile dans certains cas. On a notamment éprouvé des difficultés pour former des équipes dédiées à l'informatique à cause du manque de personnel qualifié dans le domaine de l'informatique de la santé, de la façon dont les projets ont été gérés, de la coordination des soins cliniques ou des processus bureaucratiques d'embauche. Dans un certain nombre de cas, on a dû embaucher des consultants parce qu'on n'arrivait pas à trouver les ressources nécessaires sur place. Le recrutement de médecins de famille non liés à un établissement d'enseignement et de leurs patients dans les communautés a été problématique, et les difficultés à cet égard s'accroissent en étude à cause du manque d'infrastructures pour accueillir des travaux de recherche sur les soins de santé primaires.

Priorités. À cause de l'importance de la charge de travail des membres du personnel et du nombre de demandes concurrentes qu'ils avaient à traiter, il leur a été difficile de prendre part à des discussions de groupe et aux tests d'acceptation des utilisateurs. Il a également été difficile de faire participer les parties concernées, car leur imposante charge de travail quotidienne leur laissait peu de temps pour participer à de nouveaux projets. De plus, le soutien technique limité offert sur place a fait en sorte qu'il a été difficile de réaliser des évaluations techniques et de planifier la mise en œuvre.

Coûts du matériel. Avant de pouvoir rendre des applications disponibles d'un bout à l'autre de la province, il faut d'abord assumer des coûts, notamment pour l'achat d'ordinateurs et de matériel pour la mise en œuvre des fonctions de télésanté, la mise à niveau des réseaux, la formation et pour bien d'autres choses encore. Il est difficile pour les offices régionaux et les régions régionales de la santé d'investir dans l'informatisation alors qu'ils ont bon nombre d'autres priorités à gérer, qui elles aussi exigent un investissement de fonds, et qu'ils peuvent difficilement évaluer dans quelle mesure l'utilisation d'applications informatiques affectera leur budget annuel. Les fournisseurs ont offert d'installer le matériel dans les communautés, mais les frais exigés pour ces services étaient élevés et la disponibilité du personnel n'était pas claire.

Viabilité. Même si, initialement, on visait à mettre en œuvre des initiatives viables, en fin de compte, il n'a pas été possible d'assurer la viabilité dans tous les cas. Il n'est pas toujours possible d'arriver à produire des analyses de rentabilité qui se défendent pour les nouveaux programmes. Entre autres, dans le cas des petits territoires, la mise en place de nouveaux programmes est considérée comme un ajout plutôt que comme une réaffectation de ressources au sein du système. Si certains frais initiaux de développement ont été couverts par le FASSP, on avait prévu que les

frais courants seraient ensuite absorbés par les budgets ministériels. Cette approche a déjà été utilisée pour des initiatives dans le domaine de l'informatique, des activités de gestion des maladies chroniques et même pour fournir des accès à partir d'ordinateurs de bureau à la documentation reliée aux travaux de recherche dans le domaine de la santé. Enfin, dans le cas d'un certain nombre d'initiatives, on a exprimé le souhait que le financement provienne dorénavant d'Inforoute Santé du Canada.

4 Répercussions sur les politiques et les pratiques

Les initiatives de gestion et de technologie de l'information financées par le FASSP ont des répercussions sur les politiques et les pratiques par rapport à un certain nombre d'aspects.

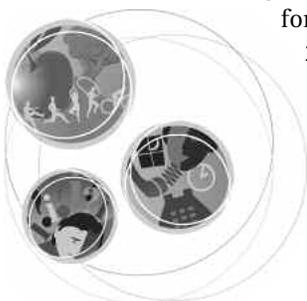
Planification de la gestion et de la technologie de l'information. À ce chapitre, il faut qu'on ait des pratiques globales qui s'harmonisent parfaitement avec les priorités des systèmes de santé sur les scènes fédérale, provinciale et territoriale pour guider et coordonner les progrès futurs au pays. D'autres pays ont déjà démontré le rôle que la gestion et la technologie de l'information peuvent jouer pour faciliter la gestion de cas. La gestion est particulièrement très efficace quand on s'engage à travailler dans un cadre clinique et quand toute l'équipe offrant les soins de santé prend sa part de responsabilités en ce qui concerne les résultats cliniques. S'il y a un secteur dans lequel la gestion et la technologie de l'information ont eu un effet positif évident c'est dans celui de la gestion des soins pour les maladies chroniques. La technologie a vraiment fait en sorte que chacun au sein de l'équipe multidisciplinaire et de la communauté puisse prendre ses responsabilités.

Gestion des changements. La réforme des soins de santé primaires exige qu'on se concentre clairement sur la gestion des changements stratégiques et qu'on inclue dans le processus l'ensemble des parties concernées. La disponibilité d'outils et de formes de soutien est nécessaire mais non suffisante en soi. Ultiment, la mesure dans laquelle on utilisera les outils informatiques de gestion de l'information *nous fournira plus une indication* des progrès globaux réalisés dans le renouvellement des soins de santé primaires *qu'elle ne constituera un facteur clé* pour favoriser une progression rapide. Un certain nombre de conclusions tirées récemment par rapport aux initiatives du FASSP indiquent clairement l'importance de traiter n'importe quelle initiative dans le domaine de la gestion et de la technologie de l'information, même dans le cas des déploiements de systèmes d'archivage des images (PACS) relativement simples, non pas comme un simple déploiement de nouvelles technologies mais plutôt comme un projet qui transformera l'organisation (Paré et Trudel, 2007). Les promoteurs des projets ne doivent pas perdre de vue le fait que, même si la complexité technologique pose un problème de taille, cela ne doit pas monopoliser toute l'atten-

tion. Les nouvelles réalités associées aux changements sociaux et à ceux reliés aux flux du travail sont sans doute plus importantes. Il est crucial d'anticiper les défis sur les plans organisationnel et comportemental et d'y faire face dès la première phase de tout processus d'innovation.

Normes. On a besoin que des champions exercent des pressions pour promouvoir l'adoption de normes. Si l'on veut que les nouveaux DME et DSE soient interexploitables et aient véritablement une portée nationale, on doit avoir un organisme national chargé de voir à l'adoption de normes pour les données, la codification (ex. SNOMED CT® [Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms]), la représentation des connaissances, l'accréditation des systèmes et les messages. La mise en œuvre de normes est un processus de longue haleine, donc il faut adopter et conserver une vision pragmatique. Comme on le dit souvent, le mieux est l'ennemi du bien, donc il faut faire attention quand on cherche à avoir quelque chose de mieux si on a déjà quelque chose qui convient pour le moment (British Computer Society [BCS] [société d'informatique de Grande-Bretagne], 2006). Comme on l'a fait au Royaume-Uni et dans d'autres pays, au Canada, on devrait faire en sorte que les normes couvrent également la gestion des maladies chroniques et la sécurité des patients. L'utilisation de formulaires, de cheminements cliniques et d'autres outils électroniques (incluant des algorithmes et des ensembles minimums de données) constitue une priorité absolue pour un certain nombre de fournisseurs de services. Ces outils sont d'une extrême importance quand on parle de meilleures pratiques pour aider à favoriser une certaine uniformité et donner une orientation pour la gestion des soins offerts aux patients/clients sur le plan individuel et à l'échelle globale de la population.

Leadership. Pour promouvoir le changement dans le domaine des soins de santé primaires, il est essentiel de pouvoir tabler sur un leadership efficace et multidisciplinaire qui favorise une certaine équité. Les associations professionnelles ont d'ailleurs souvent montré qu'on peut travailler efficacement en équipe pour instaurer et appuyer des changements. Les partenariats (entre les associations nationales, les associations provinciales équivalentes et les différents ordres de gouvernement) conclus dans le cadre d'initiatives du FASSP doivent être entretenus et maintenus. Pourtant, on a exprimé



beaucoup de critiques au pays à l'égard des différences sur les différentes scènes gouvernementales et de la stagnation en ce qui a trait aux politiques. Les nouveaux partenariats serviront de modèles pour réformer les politiques. Quand on tente d'instaurer une collaboration interdisciplinaire, les démarches que l'on doit entreprendre par rapport aux règlements, aux considérations en matière de responsabilité et aux ressources humaines du domaine de la santé (y compris celles qui affectent l'ensemble des professionnels de la santé, l'impact des structures salariales et le débat sur la substitution professionnelle) sont toutes importantes, mais elles ne constituent pas nécessairement des obstacles insurmontables. On devrait examiner attentivement le cas de l'initiative WHIC, qui est un cas de réussite.

Formation. Les fournisseurs de soins de santé doivent s'engager à utiliser des outils informatiques de gestion de l'information pour que le processus puisse se solder par une réussite. Le fait d'en apprendre sur ces outils et de s'adapter en conséquence est quelque chose qui représente un défi important pour les professionnels de la santé. Les former pour faire en sorte qu'ils se sentent rapidement à l'aise avec les systèmes d'information électroniques est prioritaire si l'on veut qu'il y ait plus d'équipes qui collaborent. Certains ont suggéré qu'on devrait progresser le plus rapidement possible à ce chapitre. Quand vient le moment de déterminer qui former et qui embaucher, il vaut mieux choisir des gens qui sont déjà en poste et qui sont familiers avec d'autres parties du système. Par exemple, dans le cas de certaines initiatives, on a formé des techniciens au sein des communautés des Premières nations qui étaient déjà familiers avec l'environnement des postes sanitaires et des postes de soins infirmiers et cela favorisé une meilleure communication localement en plus de permettre d'éviter les longs délais d'installation.

Télésanté. La notion de télésanté englobe plus que vidéoconférences et la téléradiologie. Elle a une portée beaucoup plus large. Par exemple, grâce à la technologie reliée à la collecte de données, on peut surveiller des patients alors qu'ils sont chez eux, dans leur maison. On peut aussi saisir des images et du texte et acheminer les données par le biais d'un mécanisme de transmission en mode différé (ex. : on peut utiliser une caméra pouvant lire les empreintes rétinienne pour prendre des images numériques et les envoyer à un ophtalmologiste). On devrait tabler sur le succès obtenu grâce aux initiatives de télésanté pour améliorer les services de santé offerts aux communautés isolées, notamment aux

communautés des Premières nations et des Inuits. Les initiatives qui ont touché aux Autochtones ont permis de démontrer que la technologie promeut la portabilité et que, à l'heure où les ressources (entre autres les spécialistes) se raréfient, une utilisation appropriée de la télésanté permet de combler les lacunes. Il est à souhaiter que les leçons tirées ainsi que les progrès réalisés seront intégrés à l'impressionnant portail des Autochtones du Canada (<http://www.autochtonesau-canada.gc.ca/acp/site.nsf/fr-frames/index.html>).

Soins axés sur les besoins des patients. Si on veut vraiment adopter une approche axée sur les besoins des patients dans les communautés locales, il faut favoriser la création d'un portail des patients qui, entre autres choses, donnerait accès aux dossiers des patients (et qui permettrait les ajouts, les corrections ainsi que la prise de rendez-vous en ligne) de même qu'à une version intelligible des données cliniques. Pour réussir à bien exploiter un tel portail, il faut faire beaucoup de formation, autant auprès des patients que des professionnels de la santé, et restructurer les processus de soins. Le fait d'adopter une approche axée sur les besoins des patients permettrait aussi de favoriser la création de dossiers de santé personnels, c'est-à-dire de dossiers accessibles par Internet sur lesquels les individus auraient le plein contrôle. Ce genre de dossiers est de plus en plus courant, particulièrement aux États-Unis, et on reconnaît peu à peu que les dossiers peuvent jouer un rôle important dans la réforme des soins de santé parce qu'ils incitent les patients à jouer un rôle plus actif dans leur santé et dans le processus de traitement (Dossia [sans date]). Ce genre de changements est fondamental si on veut faire en sorte que les patients et les soignants soient considérés comme les premiers parmi leurs pairs au sein de leur équipe de soins et si on veut amener les gens à se responsabiliser par rapport à leur santé (BCS, 2006). Pour que les patients prennent le contrôle de leur santé, il faut les laisser prendre en charge leur dossier (qu'ils pourraient possiblement gérer par le biais d'une carte à puce ou d'un dossier de santé personnel en ligne). Grâce à Internet, l'accès à l'information médicale et à l'information sur la santé n'a jamais été aussi bon. Les fournisseurs de soins auront donc affaire à des patients de mieux en mieux informés dans le futur. Dans d'autres domaines, les patients utilisent déjà les services en ligne (notamment, ils prennent des rendez-vous en ligne, ils accèdent à leurs données personnelles et ils communiquent avec des fournisseurs de services par courriel) et ils apprécient la commodité de tels services. Il est donc

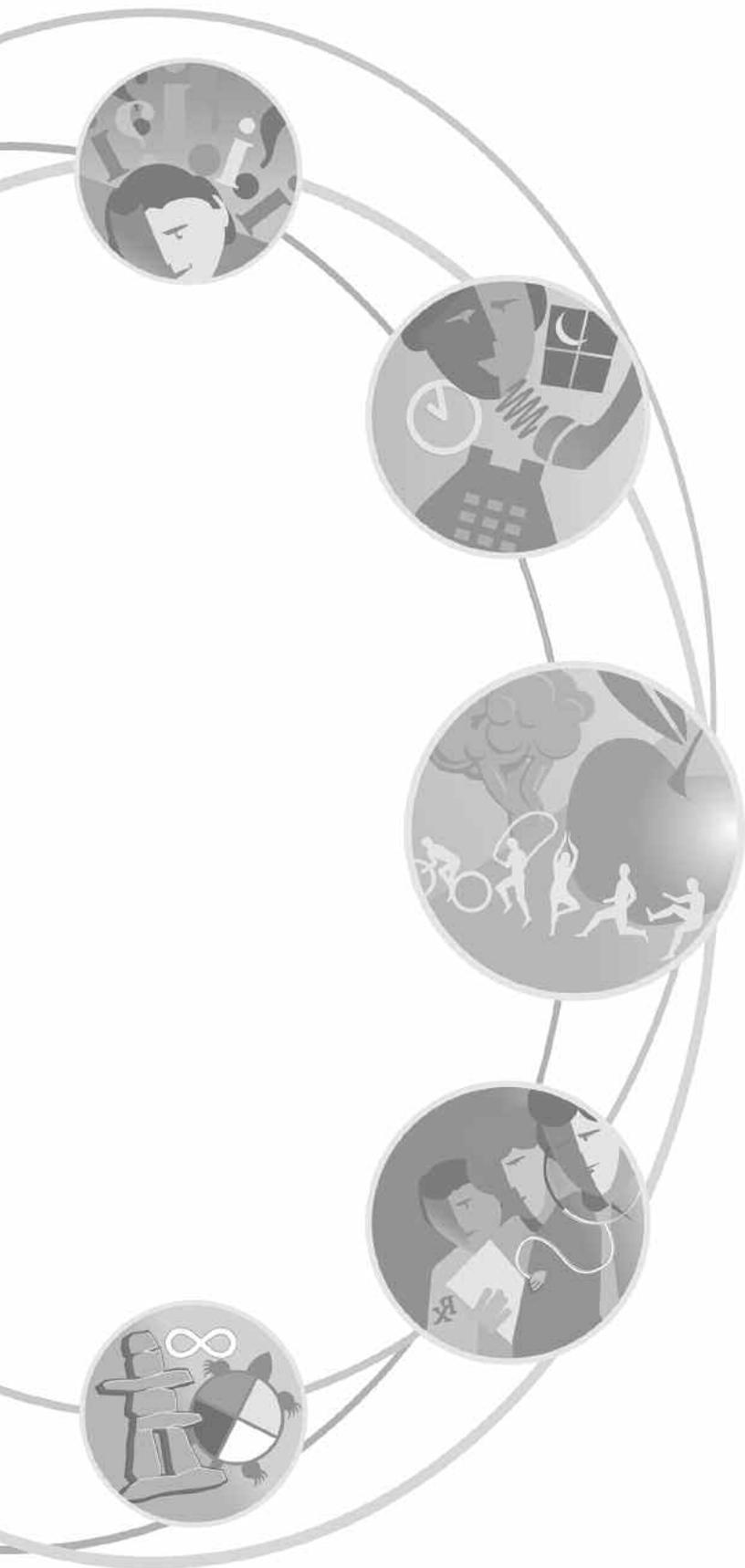
inévitable qu'ils s'attendent à pouvoir faire la même chose pour faire affaire avec leur médecin. En somme, les patients sont de plus en plus engagés dans la gestion de leur santé et la technologie leur facilite les choses.

Protection des renseignements personnels.

On met de plus en plus l'accent sur la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé, et un certain nombre d'initiatives ont fait ressortir le besoin d'avoir une politique sur le partage de l'information sur la santé. Par conséquent, il faudra se pencher de plus près sur la question de la protection des renseignements personnels. On n'a qu'à examiner le cas du Royaume-Uni (Day, 2007) pour comprendre quelles seraient les conséquences si on ne le faisait pas. La question de la protection des renseignements personnels mérite qu'on s'y attarde et doit être réglée dans les meilleurs délais. À l'heure où l'on réalise de plus en plus d'initiatives liée à la gestion et à la technologie de l'information, il faut considérer certains points par rapport aux politiques

en ce qui a trait à la régie des données, à la technologie sans fil et à la protection des renseignements personnels, pour lesquels il y a des chevauchements. Il faut aussi mettre les choses au clair en ce qui concerne la prise en charge et la responsabilité des données, qui sont deux choses différentes. La clé pour faire face aux problèmes liés à la régie des données est d'établir des exigences génériques pour le partage de l'information. Le partage vise autant à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients que l'efficacité avec laquelle les soins sont fournis. Il faut mettre en perspective l'aspect de la protection des données par rapport à la sécurité des patients et au bien public au chapitre des coûts et de l'efficacité. Si les patients ne se sentent pas à l'aise avec la façon dont leurs renseignements personnels sont protégés, ils ne permettront pas qu'on enregistre beaucoup d'information dans leur dossier où ils omettront des données. Donc il est crucial que les clients donnent leur consentement de façon éclairée (BCS, 2006).





5 Conclusion

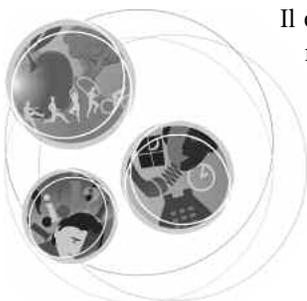
Ceux qui travaillent à améliorer les soins de santé primaires au pays doivent faire un choix parmi bon nombre de priorités concurrentes. Même si on a démontré les avantages que procure la mise en œuvre de solutions au chapitre de la gestion de l'information et de la technologie et qu'on trouve passablement de documentation sur le sujet, pour bon nombre d'initiatives, on a choisi de favoriser l'atteinte d'autres objectifs valables. A-t-on agi de la sorte par manque de sensibilisation ou de compréhension, à cause d'appréhensions par rapport à la technologie ou encore par manque de personnel qualifié? Est-ce que ces choix pourraient s'expliquer du fait que les organismes œuvrant dans le domaine des soins de santé considèrent la gestion et la technologie de l'information comme des aspects importants mais secondaires, des aspects qu'on fait passer en deuxième lieu? Toutefois, il est important de noter à ce sujet que le fait que bon nombre de provinces et de territoires disposaient d'autres sources de financement possibles pour réaliser leurs activités liées à la gestion et à la technologie de l'information peut expliquer le choix de certains d'utiliser les sommes provenant du FASSP pour favoriser l'atteinte d'autres objectifs.

En tous les cas, il est peu probable que les choix qui ont été faits soient attribuables à un manque d'intérêt de la part des patients canadiens pour la gestion et la technologie de l'information. Si on se fie à l'étude américaine réalisée récemment par la Markle Foundation [fondation Markle], qui donnerait probablement les mêmes résultats si elle était réalisée au Canada, la majorité des gens veulent avoir une copie électronique de leur dossier médical (Robeznieks, 2006). Plus précisément, dans le cadre de cette étude, 97 p. 100 des répondants interrogés ont indiqué qu'ils trouvaient important que leur médecin ait accès à l'ensemble de leur dossier médical pour qu'il puisse leur offrir les meilleurs soins possibles. Le monde étant de plus en plus branché, si c'était aujourd'hui qu'on lançait le FASSP, il y a fort à parier que la gestion et la technologie de l'information prendraient beaucoup plus d'importance dans le cadre de bon nombre d'initiatives.

Il est important de noter qu'un certain nombre d'initiatives financées grâce au FASSP ont permis d'enrichir la base de connaissances qui contient des informations démontrant que le fait

d'avoir recours à des outils informatiques de gestion de l'information peut avoir d'importantes répercussions sur les soins de santé primaires sur les plans clinique et économique. Plus spécifiquement, pour un certain nombre d'initiatives, on a rapporté que, pour maximiser les chances de succès, il est crucial d'adopter une stratégie de mise en œuvre proactive qui prend en considération non seulement les aspects technologiques et économiques, mais aussi et surtout les facteurs organisationnels et humains, car ce qui est le plus difficile à gérer dans le cas de la gestion et de la technologie de l'information ce sont les ressources humaines.

Les responsables des initiatives ont fait peu de commentaires sur l'incidence de la gestion de l'information et de la technologie sur la sécurité des patients et sur la diminution des répétitions de tests. Néanmoins, en ce qui a trait à l'initiative *Renouveau des soins de santé primaires de la Nouvelle-Écosse*, on a rapporté que le programme de gestion de l'information sur les soins de santé primaires favorisera l'amélioration de la qualité et de l'aspect sécuritaire des soins offerts aux patients et permettra aux fournisseurs de soins et aux patients de prendre de meilleures décisions par rapport aux traitements. Il leur permettra aussi de le faire plus rapidement et de façon plus sécuritaire. Selon Taylor et ses coauteurs, le fait de sélectionner des médicaments en ligne et d'avoir recours à des messages d'alerte semble pouvoir potentiellement réduire de façon importante les pratiques de prescription inappropriées et améliorer les résultats pour le patient (Taylor, Kawasumi, Bartlett et Tamblyn, 2005). Selon Schade, la plupart des médecins du Royaume-Uni croient que les systèmes de dossiers médicaux électroniques améliorent la sécurité des patients et la qualité des soins (Schade, Sullivan, De Lusignan et Madeley, 2006). L'un des médecins a attribué la réduction des cas d'infarctus aigu du myocarde à une meilleure gestion des lipides à cause de l'attention prêtée aux buts du cadre visant à assurer la qualité des résultats. Un autre a noté une diminution des écarts dans les soins prodigués pour traiter des maladies chroniques, car « le système permet de tenir compte de tous les patients » [traduction] (Kmietowicz, 2006). La qualité des soins de santé primaires au Royaume-Uni semblent s'être améliorée au cours des dernières années en conséquence de l'introduction d'outils informatiques de gestion de l'information (Campbell, Roland, Middleton et Reeves, 2005). Ainsi, il



serait utile d'incorporer l'initiative *e-Therapeutics* : *outils de gestion des pharmacothérapies pour rehausser la sécurité et les résultats* dans au moins une des initiatives reliées aux dossiers médicaux électroniques (DME).

Le partage de l'information et sa transmission entre les différents membres d'une équipe sont au cœur de la réforme des soins de santé primaires. Sans ces éléments, il serait difficile et peut-être même impossible d'envisager d'améliorer la continuité des soins et la prestation des services. On a établi un lien entre la continuité des informations utilisées par les professionnels de la santé et l'amélioration de la qualité des soins, des procédures administratives et de la sécurité des patients. Comme dans le cas de l'*Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé : un processus du changement pour appuyer la collaboration* nous a permis de constater, Reid et ses coauteurs se sont rendu compte que la continuité pouvait se diviser en trois grandes catégories. La première est la *continuité informationnelle*. Cette notion fait référence au fait d'utiliser des informations reliées à des événements antérieurs pour faire en sorte de donner des soins aux patients qui soient appropriés et adaptés à leur situation actuelle. La deuxième est la *continuité relationnelle*. Dans ce cas, on reconnaît l'importance de connaître les patients en tant que personnes et de maintenir les relations patients-fournisseurs de façon à assurer une certaine continuité dans le temps et à permettre de faire des liens entre différents événements non continus. La troisième est la *continuité sur le plan de la gestion*. Cette notion fait référence à l'établissement de liens cohérents entre les soins prodigués par différents fournisseurs. Ce type de continuité est généralement particulièrement pertinent dans le cas de problèmes de santé spécifiques, notamment dans le cas des problèmes

chroniques. Selon Reid, une seule définition ne peut suffire, et il n'y a pas de façon simple d'évaluer dans quelle mesure un patient bénéficie de la continuité des soins ou pas (Reid, Haggerty et McKendry, 2002). Mais, sans égard aux définitions et aux mesures possibles, il reste que la continuité des soins demeure un aspect clé de la réforme des soins de santé primaires et que la gestion et la technologie de l'information facilitent grandement les choses à cet égard.

En conclusion, mentionnons que certaines des initiatives du FASSP ont montré que les DME, qui font peu à peu leur chemin au Canada, fourniront aux professionnels de la santé l'un des éléments nécessaires pour faire en sorte que les patients reçoivent des soins axés sur leurs besoins. Mentionnons aussi que d'autres initiatives ont prouvé que les outils de communication qui font appel à la technologie moderne, comme le courriel et les systèmes de télésanté communiquant par satellite, contribuent à améliorer l'accès aux services pour les patients, les clients et les communautés ainsi que l'efficacité de ces services. Par ailleurs, dans bon nombre de cas, on a conclu que la formation et le soutien visant à faire en sorte d'inciter les professionnels de la santé à adopter des systèmes d'information clinique et à améliorer leurs connaissances à ce chapitre ainsi que leur degré de familiarité avec ce genre d'outils constituaient sans doute la plus grande priorité au pays. En somme, au cours des prochaines années, le Canada devra assurément mettre l'accent sur la formation et sur la technologie s'il veut pouvoir rivaliser avec certains autres pays au chapitre des réalisations en ce qui a trait à la réforme des soins de santé primaires. Sa capacité à soutenir son système de santé, à satisfaire aux besoins des citoyens en matière de soins de santé et à combler ceux des fournisseurs de soins dépendra largement de cela.

Références

- Anderson, M. (2006). Lessons learned from the Veterans Health Administration. *HealthcarePapers*, 5(4).
- Armstrong, B., Levesque, O., Perlin, J.B., Rick, C., Schectman, G. et Zalucki, P.M. (2006). Reinventing Veterans Health Administration: Focus on primary care. *Healthcare Quarterly*, 9(2), 80–85.
- Bates, D.W., Ebell, M., Gotlieb, E., Zapp, J. et Mullins, H.C. (2003). A proposal for electronic medical records in U.S. primary care. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 10(1).
- Bodenheimer, T. et Grumbach, K. (2003). Electronic technology: A spark to revitalize primary care? *JAMA*, 290, 259–264.
- British Computer Society (BCS) (2006). *The Way Forward for NHS Health Informatics: Where should NHS Connecting for Health (NHS CFH) go from here?* Rapport de la British Computer Society (BCS) [société d'informatique de Grande-Bretagne] produit par son Health Informatics Forum Strategic Panel [groupe d'experts des enjeux stratégiques réunis à l'occasion du forum sur l'informatique de la santé] et publié le 15 décembre 2006.
- Campbell, S.M., Roland, M.O., Middleton, E. et Reeves, D. (2005). Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998–2003: Longitudinal observational study. *BMJ*, 331(7525), 1121.
- Inforoute Santé du Canada et Conseil canadien de la santé (2006). Résumé des grands thèmes et des perceptions (congrès de juin 2006). *Au-delà des bonnes intentions : accélérer le dossier de santé électronique au Canada*. Congrès d'orientation ayant eu lieu à Montebello au Québec du 11 au 13 juin 2006. Document téléchargé le 15 décembre 2006 du site http://www.infoway-inforoute.ca/Admin/Upload/Dev/Document/Conference%20Executive%20Summary_FR.pdf
- Inforoute Santé du Canada (2006). Un outil en ligne appuiera les Ontariens souffrant de néphropathie chronique dans la gestion de leurs propres soins de santé. Communiqué de presse du 13 décembre 2006. Document téléchargé le 2 janvier 2007 du site http://www.infoway-inforoute.ca/fr/News-Events/InTheNews_long.aspx?UID=247
- Day, M. (2007). Patients can opt out of controversial national records system. *BMJ*, 334, 12.
- Ministère de la Santé (2006) du Royaume-Uni. Guidance: Modernising information management and technology in general practice: Support services (version 1.0). Ministère de la Santé du Royaume-Uni. Document téléchargé le 12 avril 2006 du site http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4133866&chk=/jLKxo
- Diraya: Health Care Information and Management Integrated System (2006). Servicio Andaluz de Salud. Document téléchargé le 2 janvier 2007 du site http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/diraya/Diraya_Dossier_ingles.pdf
- Dossia (sans date). Major U.S. Employers Join to Provide Lifelong Personal Health Records for Employees. Communiqué de presse téléchargé le 6 décembre 2006 du site http://www.dossia.org/docs/Dossia_pressRelease.pdf
- Conseil canadien de la santé (2006). *Le renouvellement des soins de santé au Canada : à la hauteur?* Document téléchargé le 2 février 2007 du site http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2007/HCC_MeasuringUp_2007ENG.pdf
- Keeler, J. et Newman, J. (2001). Paperless success: The value of e-medical records. *HIMSS Proceedings*, 2(Session 45).
- Kmietowicz, Z. (2006). GPs' services improve on last year. *BMJ*, 333(721).
- Norris, T.E., Fuller, S.S., Goldberg, H.I. et Tarczy-Hornoch, P. (2002). *Informatics in Primary Care: Strategies in Information Management for the Healthcare Provider*. New York : Springer-Verlag.
- Paré, G. et Trudel, M.C. (2007). Knowledge barriers to PACS adoption and implementation in hospitals. *International Journal of Medical Informatics*, 76(1), 22–33.
- Perlin, J.B., Kolodner, R.M. et Roswell, R.H. (2004). The Veterans Health Administration: Quality, value, accountability, and information as transforming strategies for patient-centered care. *American Journal of Managed Care*, 10(2), 828–836.



Protti, D.J. et Graham, S. (2003). More lessons to be learned about primary care computing from another small nation. *ElectronicHealthcare*, 2(3), 27-35.

Protti, D.J. et Johansen I. (2003). Further lessons from Denmark about computer systems in physician offices. *ElectronicHealthcare*, 2(2), 36-43.

Reid, R.J., Haggerty, J. et McKendry, R. (2002). *Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins* (rapport final). Document publié par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). Ottawa : FCRSS.

Robeznieks, A. (2006). Polls apart: Differing opinions on EHRs. *Modern Healthcare*, 36(51).

Rubin, M.A., Bateman, K., Donnelly, S., Stoddard, G.J., Stevenson, K. et al. (2006). Use of a personal digital assistant for managing antibiotic prescribing for outpatient respiratory tract infections in rural communities. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(6).

Schade, C.P., Sullivan, F.M., De Lusignan, S. et Madeley, J. (2006). E-prescribing, efficiency, quality: Lessons from the computerization of UK family practice. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(5).

Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P.T., Doty, M., Peugh, J. et Zapert, K. (2006). On the front lines of care: Primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Affairs*, 25(6).

Skinner, R. (2003). The value of information technology in health care. *Frontiers of Health Services Management*, 19(3).

Szibika, N.B., Pelletiera, C. et Chaussalet, T. (2006). Six methodological steps to build medical data warehouses for research. *International Journal of Medical Informatics*, 75(9), 683-691.

Taylor, L.K., Kawasumi, Y., Bartlett, G. et Tamblyn, R. (2005). Inappropriate prescribing practices: The challenge and opportunity for patient safety. *Health Care Quarterly*, 8, édition spéciale d'octobre.

Wu, J.H., Wang, S.C. et Lin, L.M. (2007). Mobile computing acceptance factors in the healthcare industry: A structural equation model. *International Journal of Medical Informatics*, 76(1), 66-77.

Annexe

Liste des initiatives du FASSP touchant le thème de ce rapport : Gestion et technologie de l'information

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

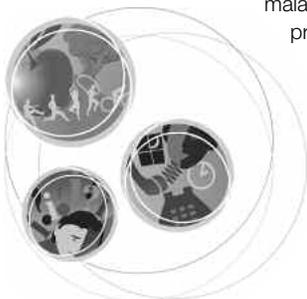
de soins et de déterminer les principaux domaines de programmation à venir. De nombreuses technologies de l'information (TI) ont ouvert la voie à la mise en œuvre d'un dossier électronique de la santé et à d'autres développements en matière de TI au sein du territoire. Depuis le début, la durabilité 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. Comportant 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 gouvernementaux tels que la B.C. Healthy Heart Society; l'Université de Victoria; l'Université de la Colombie-Britannique; le Centre for Health Services and Policy Research (CHSPR) et les collectivités de la Colombie-Britannique

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, a 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 (comportant 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.

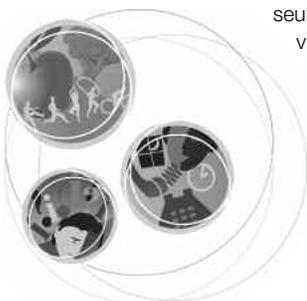
Cinq CSC ont été mis sur pied et sont maintenant fonctionnels. On a donné une formation aux fournisseurs de soins de santé au moyen de cinq conférences provinciales et de l'initiative de formation Building a Better Tomorrow [Bâtir de meilleurs lendemains]. On a également conçu un guide d'orientation 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 régies 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 » [diversité 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.

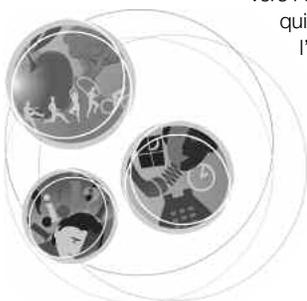
Enveloppe Autochtones

Initiative 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 régie 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.



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'élaboration 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.

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.

Outil pour aider les peuples isolés—Réseau Ikajuruti Inungnik Ungasiktumi (IIU) de télé santé du Nunavut

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

Contribution approuvée : 2 700 041 \$

Le Nunavut est confronté à des défis incomparables en matière de prestation de soins de santé et de services sociaux à sa population. Ses 25 collectivités comptent de 148 à 7 000 habitants et ne sont liées que par la mer, les airs et la communication satellite. Le Réseau Ikajuruti Inungnik Ungasiktumi (IIU) de télé santé du Nunavut, qui signifie « outil pour aider les peuples isolés », est donc essentiel à la prestation de services de soins de santé à la petite population isolée de ce territoire. Ce réseau existe depuis 1999 et a apporté la vidéoconférence et une technologie d'enregistrement et de retransmission à 15 collectivités (le stockage temporaire d'un message en vue de le transmettre plus tard, qui permet l'acheminement à des réseaux qui ne sont pas accessibles en tout temps, comme ceux des régions éloignées). Toutefois, 10 collectivités, dont la population est de 150 à 800 habitants, sont demeurées isolées et non reliées. Cette initiative a permis de soutenir l'expansion du réseau vers sept de ces collectivités (Clyde River, Hall Beach, Resolute Bay, Coral Harbour, Repulse Bay, Taloyoak et Kugaaruk) et le gouvernement du Nunavut a tiré parti de l'investissement du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires pour encourager les dons privés afin de relier les trois collectivités restantes. Voici quels étaient les objectifs du Réseau IIU de télé santé du Nunavut :

- améliorer l'accès aux services de soins de santé, aux services sociaux, à la santé publique, à l'éducation et à l'administration;

- soutenir l'investissement continu dans le domaine de la télé santé;
- aider le personnel qui fournit des services dans les régions éloignées;
- offrir des outils pour appuyer l'intégration de la télé santé au système de prestation de services de santé et de services sociaux, y compris des renseignements sur la santé et un accès à d'autres opinions provenant de spécialistes/professionnels;
- utiliser la télé santé comme un outil de développement communautaire, offrant une communication entre les collectivités et les régions à l'appui de déterminants plus généraux en matière de santé.

Accès accru et intégration des services de santé—Plan d'expansion du partenariat Télé santé Keewaytinook Okimakanak (KO)/Réseau NORTH

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : Le Keewaytinook Okimakanak (Northern Chiefs Council); avec le Réseau NORTH qui fait maintenant partie du réseau de télé médecine de l'Ontario)

Contribution approuvée : 3 441 495 \$

La télé santé fait maintenant sa place à titre de norme de pratique en matière de prestation de services de santé de qualité à des collectivités géographiquement isolées. L'initiative de télé santé KO a été conçue pour miser sur le succès de son modèle actuel de service de télé santé, offrant le service à 19 autres collectivités autochtones du nord ontarien, tout en augmentant la capacité des collectivités locales à planifier, à gérer et à fournir ce service. Télé santé KO emploie une technologie de télécommunications (telle que des vidéoconférences sécurisées, des stéthoscopes numériques et des caméras d'examen des patients) pour améliorer les rencontres cliniques et soutenir les séances communautaires de formation en santé dans les milieux éloignés. Pour ce qui est des patients, cette initiative améliore leur accès à des fournisseurs de soins de santé et réduit le temps et les coûts de déplacement. Durant l'initiative, des systèmes et des services de réseaux de télé santé ont été présentés dans toutes les régions désignées. Des employés en télé santé ont été recrutés et formés pour soutenir le service et leur rôle s'est avéré essentiel à l'acceptation et à l'utilisation du service de la part des collectivités. L'utilité des services de soins de santé primaires a augmenté parmi la population cible et les patients et les fournisseurs de soins de santé ont très bien accueilli la technologie. L'initiative de télé santé KO a permis aux Premières nations de comprendre les services de télé santé et leur a donné la capacité de les mettre en œuvre. Le modèle pourrait être employé de manière efficace par d'autres collectivités du nord et éloignées. Le site Web de télé santé KO (www.telehealth.knet.ca) offre de plus amples renseignements sur l'expérience de l'initiative, y compris une méthodologie afin de coordonner et d'intégrer un accès provincial et fédéral au programme.

Enveloppe multigouvernementale

Lignes d'infosanté

Organisme directeur et organisme(s) partenaire(s) : Alberta Health and Wellness; avec les gouvernements de la Colombie-Britannique, du Manitoba, des Territoires du Nord-Ouest, du territoire du Yukon, du Nunavut et de la Saskatchewan

Contribution approuvée : 6 813 600 \$

Les lignes d'infosanté sont devenues un modèle accepté d'accès à des services de santé de haute qualité ainsi que de prestation de tels services, et elles continuent de se développer. Il est possible d'utiliser des lignes d'infosanté pour créer des liens avec des organismes de soins de santé primaires afin de soutenir des clients et le système de santé de diverses façons. Cette initiative de collaboration multigouvernementale mettait en cause sept compétences territoriales et provinciales du Canada qui travaillaient ensemble dans le but de soutenir l'élaboration de lignes d'infosanté, étant donné qu'elles étaient confrontées à des problèmes communs liés à la planification, à la mise en œuvre et à la prestation de services d'infosanté. L'initiative de collaboration visait à créer des économies d'échelle et à éviter le doublement en partageant des expertises, des connaissances et des compétences en matière de planification de prestation de services d'infosanté. L'initiative ciblait des activités dans cinq domaines : la formation du personnel, l'évaluation, la promotion et le marketing, la gestion des maladies chroniques et la coordination et la collaboration. Une vaste gamme de ressources a été élaborée par l'entremise de ces activités, dont un outil d'auto-évaluation de l'efficacité et un guide de planification des activités. Les outils, les cadres et les modèles élaborés grâce à l'initiative peuvent être utilisés au sein des gouvernements partenaires et à l'échelle du pays, et se trouvent sur le site Web de l'initiative : http://www.health.gov.ab.ca/key/Multi_Jurisdictional%20Health%20Lines%20Initiative.htm.

Cette initiative a permis d'établir un réseau régional solide susceptible de contribuer à faire avancer les activités de planification et de mise en œuvre de lignes nationales d'infosanté.

Autosoins-télésoins

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

Contribution approuvée : 6 940 266 \$

Les quatre provinces de l'Atlantique (Terre-Neuve-et-Labrador, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard) ont abordé le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) en proposant d'envisager la possibilité d'établir un système de télétriage et d'information sur la santé dans les deux langues officielles pour l'ensemble du Canada atlantique. La présente initiative visait à accroître les occasions pour le public d'accéder à des renseignements utiles, exacts, fondés et à jour sur la santé qui

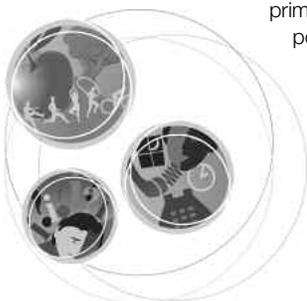
pourraient exercer une influence positive sur l'utilisation de ressources de soins de santé ainsi que le comportement des personnes et leur capacité de demeurer en bonne santé. Après avoir élaboré un plan d'activités, chaque instance a étudié la possibilité pour elle de participer à l'initiative. À la suite d'un examen minutieux, Terre-Neuve-et-Labrador, en partenariat avec le Nouveau-Brunswick, s'est engagée à mettre en place : des lignes sans frais pour permettre au public d'obtenir un triage par symptômes, des renseignements généraux sur la santé, de l'information sur les ressources de santé ainsi que des services antipoison (non disponibles à Terre-Neuve-et-Labrador); et un service automatisé d'audiomagnétothèque au moyen des mêmes lignes sans frais en vue de la prestation de conseils sur des sujets liés à la santé. Ces services ont été mis en œuvre par le renforcement de l'infrastructure technique qui existait antérieurement au Nouveau-Brunswick. Les services de télésanté qui en ont découlé sont fournis à partir de centres de contact en service 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et par des infirmières et infirmiers autorisés chevronnés, qui respectent des algorithmes et protocoles fondés sur l'expérience clinique. Malgré les multiples problèmes auxquels les provinces ont été confrontées (par exemple, les difficultés à établir un consensus quant aux modèles de gouvernance et au rôle du secteur privé, et la législation relative à la protection de la vie privée), l'initiative favorise une meilleure utilisation des ressources de soins de santé déjà en place, en plus d'accroître l'accès aux services de santé dans les collectivités urbaines et rurales. En outre, l'initiative : a davantage mis en évidence la télésanté au Canada atlantique; créé un modèle de gouvernance en vue de la gestion de services intergouvernementaux et répartis sur plusieurs emplacements; et amélioré la collaboration non seulement entre les instances, mais également au sein des organismes gouvernementaux et de soins de santé des provinces.

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 interve-



nants 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 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.

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 MOXXI 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.

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 liés à l'atelier.

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

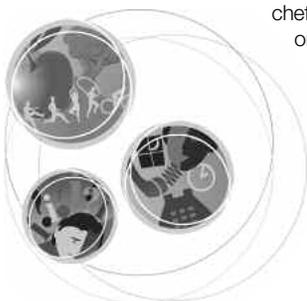
de la santé comprennent mieux la façon de faire des équipes inter-professionnelles et qu'ils les intègrent aux soins de santé primaires. La trousse comprend six modules : « Aperçu de la trousse », « Rémunération », « Gouvernance », « Collaboration interdisciplinaire », « Continuité et intégralité des 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.

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.



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

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

Contribution approuvée : 2 000 000 \$

La plupart des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sont examinées dans un contexte de soins de santé primaires (SSP). Or, on note la présence d'un écart entre les traitements qu'on sait efficaces et les traitements que les patients reçoivent en milieu pratique. Cette initiative visait à combler cet écart en intégrant des mesures de qualité des soins de santé mentale primaires à un processus continu de consultation, de diffusion, de prise en charge et de transformation du système. L'initiative avait pour but d'élaborer un ensemble national de mesures de qualité des soins de santé mentale primaires qui ferait consensus. Ces mesures devaient servir à évaluer la qualité des services de soins de santé mentale et primaires tant sur le plan régional que national. Pour atteindre l'objectif fixé, on a d'abord travaillé, dans le cadre de l'initiative, à l'atteinte d'un consensus sur 22 secteurs prioritaires (domaines). On a ensuite réalisé un sondage auprès de spécialistes pour établir la liste des pratiques exemplaires et des mesures sanitaires actuelles associées aux différents domaines. Le public pourra accéder aux 3000 mesures de qualité établies par l'entremise d'une base de données consultable. Enfin, on a réalisé un dernier sondage auprès de 270 intervenants répartis entre les différentes provinces et territoires pour établir un ensemble restreint de mesures essentielles qui faisaient consensus (de 20 à 40) et qui pouvaient être utilisées à différents niveaux du système pour soutenir l'amélioration de la qualité des soins de santé mentale primaires. Les conclusions tirées de l'initiative ont pour but d'aider les décideurs à établir les priorités en matière de réforme du système de soins de santé en se fondant sur des preuves. Elles visent également à aider les cliniciens, les défenseurs/utilisateurs des soins de santé mentale et les universitaires en améliorant leurs connaissances en matière de qualité des soins (c.-à-d. ce que cela signifie et comment on le mesure). L'initiative a également permis la production d'un document sur les prochaines étapes pour favoriser l'intégration des mesures aux systèmes de données actuels et futurs.

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 constituait 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.

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 bissexuels 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, bissexuels 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.



Réseautage 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 oeuvre 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 oeuvre de services de santé en français.

