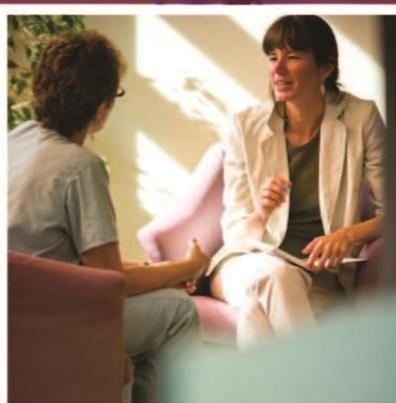
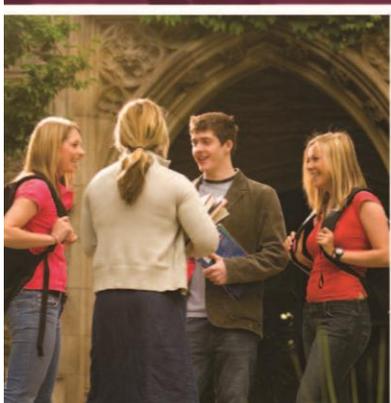




RÉSUMÉ DU  
DIALOGUE

L'INTÉGRATION DES INFIRMIÈRES  
PRATICIENNES DANS LES  
MILIEUX DE SOINS DE SANTÉ  
PRIMAIRES AU CANADA



LE 6 JUILLET 2011

DONNÉES PROBANTES >> IDÉES >> ACTION



**Résumé du dialogue :**  
**L'intégration des infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires au Canada**

Le 6 juillet 2011

#### McMaster Health Forum

Pour les citoyens intéressés, de même que les penseurs et les acteurs influents, le McMaster Health Forum s'efforce de jouer un rôle de pivot de l'amélioration des résultats de santé grâce à la résolution collective des problèmes. En agissant au niveau régional/provincial et au niveau national, le Forum met en valeur l'information, réunit les parties prenantes et prépare les dirigeants prêts à mettre en œuvre des actions pour surmonter de façon créative les problèmes de santé urgents. Le Forum agit comme un agent de changement en donnant aux parties prenantes la possibilité d'influencer les agendas gouvernementaux, de mettre en œuvre des mesures mûrement réfléchies et de communiquer efficacement les raisons sous-jacentes à ces mesures.

#### Auteur

John N. Lavis, MD, PhD, directeur, McMaster Health Forum, et professeur, McMaster University

#### Financement

Le financement nécessaire au dialogue avec les parties prenantes (et la synthèse d'information qui l'a éclairé) a été assuré par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et Santé Canada. Le McMaster Health Forum reçoit un soutien financier et non financier de McMaster University. Les points de vue exprimés dans le résumé du dialogue sont ceux des participants (tels que compris par les auteurs du résumé) et ne représentent pas nécessairement les points de vue des bailleurs de fonds ou du McMaster Health Forum.

#### Conflit d'intérêts

L'auteur déclare n'avoir aucun intérêt professionnel ou commercial lié au résumé du dialogue. Les bailleurs de fonds ont passé en revue une version préliminaire du résumé du dialogue, mais l'auteur avait le dernier mot quant au contenu du résumé du dialogue.

#### Remerciements

L'auteur remercie Ileana Ciurea et les membres du personnel du McMaster Health Forum pour leur aide dans l'organisation du dialogue avec les parties prenantes. L'auteur remercie aussi Justin Neves, boursier du McMaster Health Forum, d'avoir pris des notes au cours des échanges. Ces notes et celles de l'auteur ont servi à la rédaction du résumé.

#### Citation

Lavis JN. Résumé du dialogue : L'intégration des infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires au Canada. Hamilton, Canada : McMaster Health Forum, le 6 juillet 2011.

#### Dialogue

Le dialogue avec les parties prenantes sur l'intégration des infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires a eu lieu le 6 juillet 2011 au McMaster Health Forum à Hamilton (Ontario, Canada).

#### Numéros d'enregistrement des publications :

ISSN 1929-7947 (imprimé)

ISSN 1929-7955 (en ligne)

La traduction a été rendue possible grâce à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). La traduction a été révisée par François-Pierre Gauvin du McMaster Health Forum.

Dans ce document, les mots de genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s'y prête.

**Table des matières**

RÉSUMÉ DU DIALOGUE ..... 5

RÉSUMÉ DES QUATRE DÉLIBÉRATIONS ..... 6

    DÉLIBÉRATION SUR LE PROBLÈME ..... 6

    DÉLIBÉRATION AU SUJET DES ÉLÉMENTS D'UNE APPROCHE POUR  
    ABORDER LE PROBLÈME ..... 9

        Élément 1 – Lancer une initiative multilatérale de planification stratégique..... 9

        Élément 2 – Appuyer l'uniformité des normes, des exigences et des processus..... 11

        Élément 3 – Lancer une campagne d'information/d'éducation ..... 11

        Tenir compte de tous les éléments ..... 12

    DÉLIBÉRATION SUR LES IMPLICATIONS LIÉES À LA MISE EN ŒUVRE ..... 13

    DÉLIBÉRATION SUR LES ÉTAPES SUIVANTES POUR DIFFÉRENTS GROUPES ..... 13



## RÉSUMÉ DU DIALOGUE

De nombreux participants ont indiqué que les besoins non comblés dans les soins de santé primaires portent maintenant moins sur le nombre de fournisseurs de soins de santé primaires (et en particulier les médecins) et davantage sur :

- 1) des populations en particulier qui sont mal desservies en soins de santé primaires; et
- 2) l'accès aux soins de santé primaires en temps opportun pour beaucoup de Canadiens.

Les participants ont soutenu que pour préconiser que les infirmières praticiennes fassent partie de la solution afin de répondre à ces besoins non comblés, il faut déterminer à quel point les infirmières praticiennes peuvent s'adapter à la refonte en cours du système et auprès de quelles populations (et ensuite dans quels milieux) faut-il les affecter. Ceci est particulièrement important en période de restrictions budgétaires et après une période prolongée d'injection de fonds dans les soins de santé primaires.

De nombreux participants ont soutenu qu'il fallait deux processus multilatéraux comportant :

- 1) une initiative nationale visant à « rafraîchir » les principes des soins de santé primaires qui doivent régir la refonte en cours du système de soins de santé primaires dont au moins un principe soulignant l'importance : a) des équipes dans la prestation des soins de santé primaires, b) des infirmières praticiennes comme membres qui pourraient jouer un rôle clé au sein des équipes de soins de santé primaires, et c) de faire en sorte que ni les médecins ni les infirmières praticiennes (ni les membres d'autres professions) travaillent dans l'isolement; et
- 2) une série de groupes de travail sur la réforme des soins de santé primaires dans les provinces et les territoires qui aborderaient une série de questions portant sur la meilleure façon de répondre aux besoins des patients dans les soins de santé primaires.

De nombreux participants ont appuyé l'idée de mettre en œuvre deux types de campagnes d'information/d'éducation :

- 1) une campagne visant le grand public afin de mieux faire connaître les innovations en soins de santé primaires (dont certaines incluront notamment les infirmières praticiennes) permettant d'offrir un accès plus rapide à des groupes généraux ou de meilleurs soins à des groupes en particulier; et
- 2) une deuxième campagne visant les professionnels des soins de santé primaires et axée sur les pratiques exemplaires de soins en équipe, y compris la façon dont la pratique collaborative peut profiter à leurs patients et aux professionnels eux-mêmes.

Des participants ont convenu qu'il fallait poursuivre le travail pour faire en sorte que :

- 1) les règlements régissant les infirmières praticiennes soient plus uniformes entre les provinces et les territoires;
- 2) les provinces et les territoires mettent tous en place des normes d'éducation pour les infirmières praticiennes; et
- 3) la formation interprofessionnelle soit en place dans toutes les provinces (et tous les territoires, lorsque c'est possible).

Beaucoup de participants ont insisté sur le fait qu'il fallait aussi accorder une attention particulière au renforcement de la communauté de soins de santé primaires.

Deux implications liées à la mise en œuvre se sont démarquées à maintes reprises pendant les délibérations :

- 1) l'opposition soutenue (ou le manque d'appui) de certaines associations médicales et les messages contradictoires véhiculés parmi les infirmières praticiennes au sujet de certains enjeux clés; et
- 2) le manque de porte-paroles pour les professionnels des soins de santé primaires en tant que groupe (plutôt que pour des sous-groupes définis par leur profession respective).

On a aussi souligné à plusieurs reprises au cours des délibérations le besoin d'un processus en deux temps comme élément clé de toute stratégie de mise en œuvre : le premier volet devrait porter sur l'initiative multilatérale et les groupes de travail, des campagnes d'information et d'éducation et des travaux soutenus visant à uniformiser l'éducation et la réglementation d'un bout à l'autre du Canada, et le deuxième volet devrait porter sur les changements structurels beaucoup plus difficiles du sous-système de soins de santé primaires.

## RÉSUMÉ DES QUATRE DÉLIBÉRATIONS

### DÉLIBÉRATION SUR LE PROBLÈME

Les participants ont discuté à la fois du cadre général du problème, soit le manque d'intégration des infirmières praticiennes dans les soins de santé primaires, et des caractéristiques précises du problème tel que décrit dans la synthèse d'information. Beaucoup de participants ont approuvé un grand nombre des caractéristiques du problème, y compris le fait que les demandes imposées aux soins de santé primaires prennent de l'ampleur, que les soins dispensés dans beaucoup de milieux de soins de santé primaires ne sont pas aussi rapides et de grande qualité que les patients le souhaiteraient ou qu'ils en auraient besoin, et que les arrangements actuels du système de santé (comme les modes de rémunération des médecins) contribuent au problème. Des participants ont toutefois soutenu fermement que si l'on souhaite avoir une compréhension détaillée de n'importe quel problème portant sur les soins de santé primaires, il est nécessaire de commencer à explorer le problème selon la perspective des patients et non pas selon la perspective d'une seule profession de la santé (comme les infirmières praticiennes), ni par un objectif mal défini d'intégration de la profession (un tel objectif peut vouloir dire plusieurs choses, comme un rôle à jouer dans la gouvernance, un champ d'activité élargi, des modes de rémunération qui appuient de nombreuses façons de pratiquer, une augmentation importante de l'offre, aucune incitation à des répartitions particulières en fonction du groupe démographique, de l'emplacement géographique ou d'un autre facteur). Des participants étaient d'avis qu'en mettant l'accent sur une profession en particulier, on donnait l'impression que les infirmières praticiennes sont « une solution à la recherche d'un problème ». D'autres ont soutenu que la plupart des débats du passé ont adopté implicitement ou explicitement une optique centrée sur les soins médicaux primaires et que l'analyse de ce sous-système selon les perspectives d'autres professions de la santé peut jouer un rôle important.

De nombreux participants ont soutenu que le problème le plus pressant dans les soins de santé primaires est qu'il manque actuellement trois types d'information au niveau régional et provincial/territorial :

- 1) quelles populations ont besoin de quelles combinaisons de programmes et de services de soins de santé primaires, assortis de quel délai d'accès;
- 2) quelles combinaisons de professionnels de la santé faut-il pour offrir ces programmes et services; et
- 3) comment soutenir la bonne combinaison de professionnels de la santé pour qu'ils offrent ces programmes et services.

### **Encadré 1 : Contexte du dialogue avec les parties prenantes**

Le dialogue avec les parties prenantes devait appuyer une discussion complète sur les facteurs pertinents (y compris les données de recherche) relatifs à un enjeu hautement prioritaire afin d'éclairer l'action. Les caractéristiques clés du dialogue étaient les suivantes :

- 1) il portait sur un enjeu auquel le Canada fait face actuellement;
- 2) il mettait l'accent sur différentes caractéristiques du problème, notamment (lorsque possible) la manière dont celui-ci affecte des groupes particuliers;
- 3) il portait sur trois éléments d'une approche (parmi de nombreux éléments) pour faire face à cet enjeu de politique publique;
- 4) il était éclairé par une synthèse d'information qui a été préalablement transmise aux participants, et celle-ci faisait état de données de recherches locales et internationales sur le problème, les trois éléments d'une approche globale pour faire face au problème et les implications liées à la mise en œuvre de ces éléments;
- 5) il était éclairé par une discussion sur l'ensemble des facteurs permettant de cerner le problème et les éléments d'une approche pour le résoudre;
- 6) il a réuni de nombreux acteurs pouvant être impliqués ou touchés par les décisions futures liées à l'enjeu;
- 7) il a assuré une représentation équitable des décideurs, des parties prenantes et des chercheurs;
- 8) il a fait appel à un facilitateur dont le rôle était de guider les délibérations;
- 9) il a permis de tenir des délibérations franches et confidentielles en suivant la règle de Chatham House : « Les participants sont libres d'utiliser les informations collectées à cette occasion, mais ils ne doivent révéler ni l'identité, ni l'affiliation des personnes à l'origine de ces informations, de même qu'ils ne doivent pas révéler l'identité des autres participants »;
- 10) il ne visait pas l'atteinte d'un consensus.

Les opinions et les expériences des participants, de même que leurs connaissances tacites, ont permis de nourrir le dialogue. Le dialogue a été conçu pour susciter des réflexions uniques – réflexions qui ne sont possibles que lorsque toutes les personnes impliquées dans la prise de décisions sur un problème, ou affectées par ces décisions, peuvent collaborer. Il a également été conçu pour encourager les participants à agir pour résoudre le problème, mais aussi pour influencer d'autres personnes, notamment ceux qui prendront connaissance du résumé du dialogue et des entrevues vidéo avec les participants du dialogue.

Un participant a signalé que si un élément de la réponse à la première question consiste à appuyer l'autogestion, les médecins seront alors beaucoup moins susceptibles que d'autres professions, comme les infirmières praticiennes, à faire partie de la solution.

De nombreux autres participants ont fait valoir un argument complémentaire en signalant que les besoins actuellement non comblés dans les soins de santé primaires portent moins sur le nombre de fournisseurs de soins primaires (et en particulier de médecins), mais davantage sur :

- 1) des populations en particulier qui ne sont pas bien desservies dans le contexte des soins de santé primaires; et
- 2) l'accès aux soins de santé primaires en temps opportun pour beaucoup de Canadiens.

Un autre participant a signalé que nous devons aussi réfléchir aux besoins de demain et non seulement à ceux d'aujourd'hui. Ce participant a ajouté que « le vieillissement de la population et le fardeau de plus en plus lourd imposé par les maladies chroniques changeront tout ». Le participant cita en exemple comment des patients malades qui ont des problèmes de santé chroniques complexes auraient auparavant été traités à l'hôpital, alors que maintenant ils sont soignés dans la collectivité. Un autre participant a manifesté son accord en signalant que nos problèmes se compliqueront si tous ces besoins sont médicalisés comme on l'a fait dans le passé et non pas analysés de multiples points de vue comme ils le seraient par des membres d'équipes plus variées.

Un participant a prévenu que pour discuter de la façon d'aborder de tels besoins non comblés, il faut savoir que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada sont tous actuellement en période de restrictions budgétaires et que beaucoup terminent une période prolongée au cours de laquelle ils ont injecté de l'argent dans les soins de santé primaires. On posera donc des questions difficiles à la fois sur ce que cet argent a fait pour les patients lorsqu'il s'agit de traiter les besoins non comblés dans les soins de santé primaires (et les réponses inadéquates peuvent mettre en danger la viabilité de ces investissements) et sur la solidité de l'argument en faveur de nouveaux apports financiers.

Des participants ont signalé que les arrangements actuels du système de santé nuisent aux efforts déployés pour appuyer les bonnes combinaisons de professionnels de la santé afin d'assurer un accès en temps opportun à des programmes et services nécessaires de soins de santé primaires (même si nous sommes loin de bien comprendre actuellement les besoins des patients et les combinaisons optimales de professionnels). Ces participants ont soutenu que pendant que l'on se penche sur le problème qui consiste à trouver, au niveau régional et provincial/territorial, de l'information au sujet des besoins de différents groupes démographiques et des combinaisons optimales de professionnels de la santé nécessaires pour répondre aux besoins en question, il faudrait également accorder plus d'attention aux arrangements existants du système de santé (ou à ce que des participants ont qualifié de « problèmes structurels » des soins de santé primaires).

Des participants ont donné des exemples de problèmes associés aux arrangements existants dans le système de santé. Par exemple, plusieurs ont signalé que dans des provinces et des territoires, beaucoup de médecins sont toujours rémunérés à l'acte pour les soins fournis par eux ou par des professionnels travaillant pour eux (et non en tant que membres d'une équipe rémunérée collectivement pour fournir de façon efficiente des soins de santé primaires de grande qualité et en temps opportun à des groupes définis de patients). Un participant a signalé qu'un pourcentage important de ces médecins se considère comme des propriétaires indépendants d'une entreprise privée et non comme des intervenants clés qui contribuent à l'atteinte de buts et d'objectifs partagés en soins de santé primaires. Un autre a signalé que l'on pourrait « faire plus de mal que de bien en utilisant les infirmières praticiennes comme solution d'urgence » dans un sous-système qui a de nombreuses faiblesses. De plus, des participants ont signalé l'absence de formation et de moyens de soutien pour la création et le maintien d'équipes interprofessionnelles de soins de santé primaires dont les membres collaborent pour atteindre des objectifs communs. Un participant a souligné l'absence simultanée d'entités assurant la gouvernance, de capacité en matière de leadership, de compétences administratives et d'aide à la décision dans le sous-système de soins de santé primaires. Un autre a aussi signalé que rien dans la loi n'appuie les soins de santé primaires au Canada (comme le fait la *Loi canadienne sur la santé* en appuyant les soins de santé offerts dans les hôpitaux et par des médecins) et les gouvernements provinciaux/territoriaux ou fédéral accordent peu d'appui direct à l'infrastructure des soins de santé primaires (comme les provinces/territoires appuient l'infrastructure en milieux de soins actifs et le fédéral appuie – par

l'intermédiaire d'*Inforoute Santé du Canada* – les dossiers de santé électroniques dans de nombreux types de milieux).

Des participants ont souligné que si les infirmières praticiennes sont considérées comme des membres clés de l'équipe nécessaire pour fournir des programmes et des services à des groupes en particulier (ou à tous les Canadiens), certains arrangements existants actuellement dans le système de santé devront changer.

Un participant a toutefois soutenu qu'on manque actuellement d'information au sujet de ce que les infirmières praticiennes pensent des questions suivantes :

- 1) la façon dont les infirmières praticiennes devraient être rémunérées;
- 2) le nombre optimal de patients pour chaque infirmière praticienne;
- 3) faudrait-il s'attendre à ce que les infirmières praticiennes soient disponibles 24 heures sur 24 et sept jours sur sept (ou à ce qu'elles prennent des mesures pour que quelqu'un le soit);
- 4) ce qu'il est possible de faire pour veiller à ce que la répartition des infirmières praticiennes dans les populations (définis en fonction du besoin, de la géographie ou d'autres facteurs) soit optimale; et
- 5) pour quelles populations et dans quels milieux les infirmières praticiennes ont-elles la meilleure chance de s'intégrer avec succès et d'avoir un impact.

Ce même participant a soutenu que si l'on ne réunit pas ces informations, il se pourrait que les opinions d'autres groupes professionnels dictent la refonte des arrangements actuels du système de santé et affectent ainsi la capacité des infirmières praticiennes et d'autres professionnels de la santé à fournir les programmes et services nécessaires.

Des participants ont soutenu que l'on avait déjà fait un peu de travail pour solliciter les opinions des infirmières praticiennes au sujet des moyens d'appui optimaux. Toutefois, la plupart des participants ont convenu qu'il y a encore beaucoup de travail à faire et qu'il faut en diffuser efficacement les résultats. Des malentendus ont émergé durant le dialogue au sujet de ce qu'un ou deux participants pensaient des façons d'exercer qui seraient privilégiées par les infirmières praticiennes (p. ex. la question de savoir si elles travailleraient comme fournisseurs de soins de santé primaires entièrement indépendants ou membres d'une équipe comptant notamment des médecins) et de savoir si ces opinions étaient généralisées chez les infirmières praticiennes. Un participant a signalé que ces divergences de points de vue étaient inévitables dans tout groupe professionnel. Les participants qui avaient reçu une formation médicale avaient certes tout un éventail d'opinions au sujet des arrangements de travail privilégiés par les médecins. De nombreux participants ont néanmoins signalé que les leaders au sein de la communauté des infirmières praticiennes devraient être en mesure de communiquer plus clairement quels sont les points de vue dominants sur ces enjeux critiques (à tout le moins dans leurs échanges avec les gouvernements).

De nombreux participants ont signalé qu'il est assez urgent de déterminer si les infirmières praticiennes seront des membres clés des équipes de soins de santé primaires, pour quels groupes en particulier elles le seront et comment le système de santé les appuiera. Si l'on ne répond pas à ces questions, il se pourrait fort bien que les investissements personnels et publics effectués dans leur formation soient gaspillés, particulièrement à mesure que les facteurs suivants refermeront les débouchés pour les infirmières praticiennes : nombre croissant de médecins (y compris de diplômés en médecine formés à l'étranger), pourcentage à la hausse des médecins qui choisissent de faire carrière dans les soins de santé primaires, maintien des modes de rémunération des médecins qui instaurent une dynamique concurrentielle entre les médecins et les infirmières praticiennes, mais aussi entrée en scène de nouvelles professions de la santé comme les auxiliaires médicaux dont le statut d'emploi ne créera pas de dynamique concurrentielle. Un participant a prévenu qu'il faut comprendre ces tendances dans le contexte d'autres tendances qui pourraient offrir encore davantage de débouchés aux infirmières praticiennes, comme le fait que beaucoup de médecins souhaitent mener une vie professionnelle plus équilibrée. Un deuxième participant a signalé que les infirmières praticiennes ont souvent soufferts des « réactions instinctives » qui ont été suscitées par la première catégorie de tendances dans le passé. Un troisième a signalé que le risque de gaspillage d'argent est encore plus troublant, étant donné les constatations solides au sujet de la sécurité et de l'efficacité des infirmières praticiennes dans les soins de santé primaires qui ont été documentées dans la synthèse d'information et qu'aucun participant n'a remises en

question. Un participant a toutefois demandé si des infirmières praticiennes ne sont pas trop ambitieuses dans leur désir d'étendre leur champ d'activité dans des domaines qui n'ont pas été étudiés.

### **DÉLIBÉRATION AU SUJET DES ÉLÉMENTS D'UNE APPROCHE POUR ABORDER LE PROBLÈME**

Les participants ont discuté de trois éléments d'une approche qui ont été approuvés auparavant par un groupe de parties prenantes et qui avait été analysés dans la synthèse d'information. Beaucoup de participants ont reconnu que ces trois éléments seraient prometteurs si l'on recadrerait l'orientation des activités proposées (éléments 1 et 3) ou que l'on mettait l'accent sur le maintien d'activités qui produisent déjà des résultats (élément 2). Beaucoup de participants ont aussi convenu qu'un quatrième élément – le renforcement de la communauté de soins de santé primaires – était aussi prometteur.

Des divergences dans les points de vue entre professions au sujet du rôle optimal des médecins et des infirmières praticiennes en soins de santé primaires ainsi que des différences interprovinciales au niveau de la connaissance de la situation actuelle des réformes en soins de santé primaires au Canada ont compliqué les discussions entre les participants au sujet des trois éléments. Les divergences de points de vue entre professions se sont révélées attribuables en partie à un malentendu au sujet de ce que certaines personnes préconisaient sur le plan des relations entre les infirmières praticiennes et les médecins (l'indépendance qui est considérée comme essentielle par certains médecins ou la collaboration). Ce malentendu s'est réglé vers la fin du dialogue. Il semblait toutefois y avoir une réelle divergence au sujet de la relation entre les médecins et les équipes de soins de santé primaires (les médecins en tant que leaders ou membres de l'équipe). Les différences interprovinciales au niveau des connaissances ont été abordées au cours du dialogue à mesure que différents participants se rendaient compte que leur expérience en Colombie-Britannique, en Ontario ou au Québec pourrait être très différente de celle des participants d'autres provinces (et territoires).

#### **Élément 1 – Lancer une initiative multilatérale de planification stratégique**

Des participants ont convenu que deux types d'initiatives multilatérales s'imposaient pour renforcer encore davantage les soins de santé primaires et qu'aucune des deux ne devrait viser de façon étroite l'intégration des infirmières praticiennes dans les soins de santé primaires au Canada. Toutefois, les deux types d'initiatives pourraient porter attention à cette question précise si le début de l'exercice indiquait que c'était nécessaire.

Des participants ont convenu qu'une des deux initiatives multilatérales pourrait être une initiative nationale visant à « rafraîchir » les principes des soins de santé primaires qui devraient régir la refonte en cours du système de soins de santé primaires (et qui ont été établis à l'origine par une initiative multilatérale – soit l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires – qui a reçu l'appui du *Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires*). Au moins un principe pourrait traiter de l'importance :

- 1) des équipes dans la prestation des soins de santé primaires;
- 2) des infirmières praticiennes comme membres qui pourraient jouer un rôle clé dans une équipe de soins de santé primaires; et
- 3) du fait que ni les médecins de première ligne ni les infirmières praticiennes (ni d'autres professionnels) ne devraient travailler dans l'isolement.

L'initiative pourrait aider à rétablir le contact entre les nombreux groupes intervenant dans le renforcement des soins de santé primaires au Canada et à favoriser l'apprentissage entre les niveaux de compétence. Ces groupes ont perdu une tribune permettant de partager de façon régulière les leçons apprises lorsque le *Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires*, qui était d'une durée limitée, a mis fin à ses activités. L'initiative pourrait aussi bénéficier de l'appui d'organismes comme la *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé* et le *Conseil canadien de la santé*, qui consacrent déjà beaucoup d'efforts au renforcement des soins de santé primaires. Les responsables de toute initiative de cette nature pourraient également s'inspirer des initiatives nationales qui ont décrit les « dossiers chauds » que sont l'amélioration de la lutte contre le cancer et la santé mentale au Canada. Un participant a signalé que certaines des leçons tirées consistaient notamment à « avoir une très grande tente » pour accueillir les différents acteurs (associations provinciales/territoriales,

organisations non gouvernementales, patients et chercheurs), à définir clairement la nature des « dossiers chauds » et à demander des choses très précises au gouvernement.

Ces participants avaient aussi tendance à convenir que la deuxième des deux initiatives multilatérales aurait pu consister en des groupes de travail multilatéraux provinciaux/territoriaux sur la réforme des soins de santé primaires qui détermineraient :

- 1) quelles populations ont besoin de quelles combinaisons de programmes et de services de soins de santé primaires;
- 2) quelles combinaisons de professionnels de la santé sont nécessaires pour fournir ces programmes et services; et
- 3) comment soutenir les bonnes combinaisons de professionnels de la santé afin de fournir ces programmes et services.

Ces groupes bénéficieraient aussi de l'initiative nationale décrite ci-dessus ainsi que de l'appui fourni par les chercheurs en soins de santé primaires dont certains reconnaîtraient le rôle des infirmières praticiennes en soins de santé primaires. Un participant a signalé « qu'à mesure que le système change, il y aura de nombreuses possibilités d'y ajouter des infirmières praticiennes ». Un autre a signalé que ces groupes de travail seront aussi nécessaires sur la scène locale, et non seulement à l'échelon provincial ou territorial. Un troisième participant a soutenu qu'un mécanisme de participation constructive et en face à face s'imposait afin d'impliquer les acteurs au niveau de la pratique locale jusqu'au niveau de l'association nationale. L'expérience des infirmières praticiennes, des sages-femmes et des pharmaciens a démontré que les ententes peuvent être plus difficiles à conclure lorsque le « champ d'activité d'une profession se bute au monopole et au revenu des médecins », ainsi qu'au désir (pour citer un autre participant) « d'autres professions de ne pas perdre ce qui est facile » dans leur travail quotidien. Un autre participant a accordé encore plus d'importance à l'échelon local en soutenant que « l'intégration se fait une clinique à la fois ».

Des participants avaient des opinions partagées au sujet de l'utilité de déterminer ce que les infirmières praticiennes pensent en tant que groupe par rapport aux enjeux clés qui surgiront inévitablement au cours de toute initiative nationale et provinciale/territoriale visant à renforcer les soins de santé primaires. Ces enjeux (décrits plus tôt) comprennent les suivants :

- 1) la façon dont les infirmières praticiennes devraient être rémunérées;
- 2) le nombre optimal de patients pour chaque infirmière praticienne;
- 3) faudrait-il s'attendre à ce que les infirmières praticiennes assurent le service 24 heures sur 24 et sept jours sur sept;
- 4) ce qu'il est possible de faire pour veiller à ce que la répartition des infirmières praticiennes entre les populations (définis en fonction du besoin, de la géographie ou d'autres facteurs) soit optimale; et
- 5) pour quelles populations et dans quels milieux les infirmières praticiennes ont-elles la meilleure chance de s'intégrer avec succès et d'avoir un impact.

Des participants ont soutenu que ce travail était essentiel et qu'il pourrait bénéficier de l'appui de groupes comme l'*Association des infirmières et infirmiers du Canada*, mais d'autres ont soutenu que le travail avait déjà été fait. D'autres ont souligné qu'il sera difficile de le faire sans que le gouvernement l'exige (parce qu'il créerait des attentes chez les infirmières praticiennes, mais qu'il se pourrait qu'il ne trouve aucun public intéressé).

Des participants ont affirmé que ce qu'il faut vraiment à long terme, c'est un changement structurel du sous-système de soins de santé primaires dans le contexte du système de santé en général, ce qui pourrait signifier :

- 1) prendre des mesures visant à transformer le sous-système – par exemple les gouvernements provinciaux et territoriaux qui modifieraient le sous-système où beaucoup de médecins sont rémunérés à l'acte ou pour des soins prodigués par des professionnels travaillant pour eux, vers un sous-système où les membres d'une équipe sont rémunérés collectivement pour fournir avec efficacité des soins de santé primaires de grande qualité et en temps opportun à des groupes précis de patients;
- 2) faciliter des mesures comme l'établissement par le gouvernement fédéral d'une assise légale pour les soins de santé primaires comme le fait la *Loi canadienne sur la santé* pour les soins hospitaliers et médicaux, mais aussi faciliter le financement pour les infrastructures de soins de santé primaires, comme le fait *Inforoute Santé du Canada* dans le cas des dossiers de santé électroniques.

## Élément 2 – Appuyer l’uniformité des normes, des exigences et des processus

Beaucoup de participants ont reconnu qu’il fallait poursuivre le travail pour veiller à ce que :

- 1) les règlements régissant les infirmières praticiennes soient uniformes entre les provinces et les territoires;
- 2) les provinces et les territoires aient tous des normes d’éducation pour les infirmières praticiennes; et
- 3) toutes les provinces (et tous les territoires, lorsque c’est possible) aient mis en place une formation interprofessionnelle.

Des participants ont signalé que des groupes d’éducation et des organismes de réglementation se réunissent périodiquement. Ils soulignent qu’ils ont déjà fait beaucoup de choses sur le plan de l’uniformité des normes d’éducation et de réglementation (p. ex., toutes les provinces à l’exception du Québec ont adopté le cadre des compétences essentielles des infirmières praticiennes) et que d’autres travaux en cours doivent simplement se poursuivre.

Quelques participants étaient d’avis que les normes de réglementation et d’éducation comportent encore des incohérences importantes qu’il faut corriger le plus tôt possible. D’autres ont rappelé les changements très nombreux qui s’imposent au Canada pour permettre aux infirmières praticiennes d’occuper leur champ d’activité, même lorsque des normes clés de réglementation et d’éducation sont en vigueur. Un participant a cité la législation et la réglementation provinciales sur les actes de l’état civil comme un exemple de politique précise qu’il faut modifier dans une province. Un autre a mentionné les mesures législatives et réglementaires sur les substances réglementées à l’échelon fédéral. D’autres ont signalé que même lorsque des normes d’éducation et de réglementation prévoient un champ d’activité en particulier, il se peut que les employeurs ne permettent pas aux infirmières praticiennes d’occuper l’ensemble de leur champ d’activité.

De nombreux participants se sont dits surpris de constater que la voie suivie dans le cas des spécialités et des surspécialités de la médecine – on a établi une norme nationale d’éducation, les ordres provinciaux apportent ensuite les changements nécessaires pour enchâsser cette norme et les programmes de formation dans la spécialité établissent leur programme d’études et se soumettent à l’agrément – n’est pas le même que celle qu’on a suivie dans le cas des infirmières praticiennes. Dans ce dernier cas, ce sont les organismes de réglementation qui jouent le rôle le plus dominant, mais comme l’a déclaré un participant, ils laissent souvent beaucoup de marge de manœuvre aux établissements d’enseignement (p. ex., ils pourraient exiger qu’un programme d’études soit en place sans toutefois en préciser la nature). De plus, il n’y a aucun mécanisme national d’agrément des programmes de formation.

## Élément 3 – Lancer une campagne d’information/d’éducation

Des participants ont aussi convenu qu’une campagne d’information/d’éducation destinée aux patients s’impose pour mettre en évidence les innovations dans les soins de santé primaires qui permettent aux médecins et aux équipes dont ils font partie de donner plus rapidement accès à de vastes groupes de patients ou d’améliorer les soins prodigués à des groupes en particulier. La campagne pourrait mieux faire connaître la façon dont les infirmières praticiennes et d’autres professionnels de la santé travaillent côte à côte avec les médecins (et ne sont pas, pour citer un participant, « des substituts du médecin ») à la fois pour préparer les patients à voir ces autres professionnels dans les soins primaires (et non seulement leur médecin surchargé) et pour appuyer des efforts d’innovation en cours dans la prestation des soins de santé primaires (et non simplement, comme le disait un participant, « former davantage de médecins et augmenter leur rémunération »). Comme le disait un participant, « l’image idéale » est celle d’un patient qui déclare : « voici mon équipe de soins de santé primaires » lorsqu’il est entouré d’un médecin, d’une infirmière praticienne, d’un physiothérapeute, d’un pharmacien et peut-être d’autres professionnels. Pour compléter cette campagne, des participants ont suggéré d’en lancer une deuxième qui s’adresserait aux professionnels des soins de santé primaires et porterait avant tout sur les pratiques exemplaires de soins en équipe : comment la pratique collaborative peut fonctionner au profit des patients et des professionnels eux-mêmes, comment les équipes peuvent négocier les rôles de chacun des membres et comment établir des ententes de partenariat, par exemple.

Des participants ont soutenu que les campagnes d'information/d'éducation pourraient comporter des éléments nationaux, mais que des différences interprovinciales dans les efforts de réforme des soins de santé primaires justifiaient de lancer des campagnes visant particulièrement, à tout le moins, certaines provinces et certains territoires. Un participant a signalé que le changement ne découlera pas des « discours de l'élite », mais plutôt des innovations et des pratiques exemplaires initiées par « les acteurs locaux ».

### **Tenir compte de tous les éléments**

Beaucoup de participants ont convenu qu'il fallait reformuler l'idée de lancer une initiative multilatérale de planification stratégique portant sur l'intégration des infirmières praticiennes dans le système (élément 1) et lancer plutôt deux exercices multilatéraux comportant :

- 1) une initiative nationale visant à « rafraîchir » les principes des soins de santé primaires qui doivent régir la refonte en cours du système de soins de santé primaires;
- 2) une série de groupes de travail sur la réforme des soins de santé primaires dans les provinces et les territoires qui aborderaient une série de questions portant sur la meilleure façon de répondre aux besoins des patients en soins de santé primaires.

Des participants ont aussi affirmé qu'il pourrait être utile de compléter ces initiatives multilatérales par une initiative centrée sur les infirmières praticiennes qui viserait à déterminer comment elles envisagent collectivement les enjeux clés qui surgiront inévitablement (comme le mode de rémunération) au cours des initiatives multilatérales.

De nombreux participants ont aussi reconnu qu'il fallait reformuler l'idée de lancer une campagne d'information/d'éducation visant à faire mieux connaître la valeur ajoutée des infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires (élément 3). Il a été plutôt question de lancer une campagne d'information/d'éducation visant à faire mieux connaître les innovations en soins de santé primaires qui permettent aux médecins et aux équipes dont ils font partie (qui comprennent de plus en plus les infirmières praticiennes) de fournir un accès aux soins plus rapide à des groupes généraux de patients et/ou de meilleurs soins à des groupes en particulier.

Des participants ont aussi reconnu que l'idée visant à appuyer l'uniformité des normes, des exigences et des processus d'éducation et de réglementation des infirmières praticiennes à travers le Canada (élément 2) devait plutôt mettre l'accent sur la poursuite des activités déjà en cours pour appuyer l'uniformité de l'éducation et de la réglementation.

De nombreux participants ont aussi convenu qu'il fallait porter attention à un quatrième élément – soit le renforcement de la communauté des soins de santé primaires. Des participants ont soutenu que, même s'il est possible de tirer des leçons d'organismes particuliers comme l'*Association des équipes de santé familiale de l'Ontario*, il faut maintenant une structure qui peut unifier les fournisseurs et les gestionnaires de soins de santé primaires d'un bout à l'autre du Canada, et ce, peu importe le modèle de prestation des soins de santé primaires. Un tel organisme s'avèrerait complémentaire aux associations professionnelles, dont l'optique est spécifique à leur profession dans les efforts pour agir sur les orientations et la forme que prendront les soins de santé primaires au Canada. Une telle optique spécifique est également observée dans d'autres organisations professionnelles comme les organisations représentant les soins actifs, la santé mentale et certaines maladies actives et chroniques.

## **DÉLIBÉRATION SUR LES IMPLICATIONS LIÉES À LA MISE EN ŒUVRE**

Un avertisseur d'incendie a malheureusement coupé court à la délibération sur les implications liées à la mise en œuvre de ces éléments, ce qui a obligé les participants à quitter la salle pendant une longue période de temps. Deux implications liées à la mise en œuvre décrites dans la synthèse d'information se sont toutefois démarquées à maintes reprises au cours des délibérations (tout comme les mesures à prendre pour aborder ces implications qui constituent, en partie, les thèmes abordés dans la section suivante) :

- 1) une opposition continue (ou un manque d'appui) de certaines associations médicales (ou de groupes bruyants au sein de certaines associations médicales) et des messages contradictoires concernant la perspective des infirmières praticiennes à l'égard d'enjeux clés, à savoir de quelle façon collaboreront-elles avec les médecins et fonctionneront-elles dans le sous-système de soins de santé primaires; et
- 2) un manque de porte-paroles pour les professionnels des soins de santé primaires en tant que groupe (plutôt que pour des sous-groupes définis par leur profession respective).

Le besoin d'un mécanisme à deux volets pour une stratégie de mise en œuvre a aussi été signalé à plusieurs reprises au cours des délibérations. Des participants ont soutenu que le premier volet devrait porter avant tout sur l'initiative multilatérale et les groupes de travail, les campagnes d'information/d'éducation et le travail d'uniformisation de l'éducation et de la réglementation qui se poursuit d'un bout à l'autre du Canada. Ces participants ont affirmé que le deuxième volet devrait porter avant tout sur les changements structurels du sous-système de soins de santé primaires, comme un virage qui délaisserait la rémunération à l'acte des médecins pour les soins fournis par les membres de leur personnel et par eux-mêmes en faveur d'une rémunération pour des équipes qui fournissent de façon efficiente des soins primaires de grande qualité en temps opportun à des groupes précis de patients.

Un participant a levé deux « drapeaux rouges » que nous devons garder à l'esprit pour toute stratégie de mise en œuvre :

- 1) ne pas imposer des solutions descendantes; et
- 2) ne pas implanter des changements qui fragmenteront encore davantage les soins.

## **DÉLIBÉRATION SUR LES ÉTAPES SUIVANTES POUR DIFFÉRENTS GROUPES**

Les délibérations sur les étapes suivantes ont porté avant tout sur le premier volet proposé. Plusieurs enjeux discutés lors des premières délibérations ont été de nouveau abordés.

Des participants ont convenu qu'une des deux étapes clés pourrait consister à lancer une initiative nationale multilatérale visant à « rafraîchir » les principes des soins de santé primaires qui devraient régir la refonte continue du système de soins de santé primaires. Au moins un principe pourrait porter sur l'importance :

- 1) des équipes dans la prestation des soins de santé primaires;
- 2) des infirmières praticiennes comme étant des membres qui pourraient jouer un rôle clé dans une équipe de soins de santé primaires;
- 3) du fait que ni les médecins de première ligne ni les infirmières praticiennes (ni d'autres professionnels) ne devraient travailler dans l'isolement.

Ils ont soutenu que l'initiative pourrait aider à rétablir le contact entre les nombreux groupes qui ont un rôle à jouer dans le renforcement des soins de santé primaires d'un bout à l'autre du Canada. Ces groupes ont perdu un forum permettant les échanges réguliers lorsque le *Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires* a mis fin à ses activités. Un participant a soutenu que le principe le plus important réside dans ce que le système devrait réaliser (p. ex., amélioration de l'expérience des patients, meilleurs résultats et réduction ou contrôle du coût des soins par habitant) et qu'un autre principe devrait porter sur le besoin de structures et de processus qui réunissent les patients, les fournisseurs et les leaders du système de santé pour gouverner le sous-système des soins de santé primaires.

La deuxième étape clé pourrait consister à aider des groupes de travail provinciaux/territoriaux multilatéraux sur la réforme des soins de santé primaires afin de déterminer :

- 1) quelles populations ont besoin de quelles combinaisons de programmes et de services;
- 2) quelles combinaisons de professionnels de soins de santé sont nécessaires pour fournir ces programmes et services;
- 3) comment soutenir les bonnes combinaisons de professionnels de la santé afin de fournir ces programmes et ces services.

Ces groupes bénéficieraient aussi d'une initiative nationale telle que décrite pour la première étape.

Des participants ont exprimé des opinions parfois contradictoires au sujet de l'utilité de déterminer ce que les infirmières praticiennes pensent en tant que groupe à propos des enjeux clés qui surgiront inévitablement au cours de ces étapes suivantes à l'échelle nationale, provinciale et/ou territoriale :

- 1) la façon dont les infirmières praticiennes devraient être rémunérées;
- 2) le nombre optimal de patients pour chaque infirmière praticienne;
- 3) faudrait-il s'attendre à ce que les infirmières praticiennes assurent le service 24 heures sur 24 et sept jours sur sept;
- 4) ce qu'il est possible de faire pour veiller à ce que la répartition des infirmières praticiennes entre les populations (définis en fonction du besoin, de la géographie ou d'autres facteurs) soit optimale; et
- 5) pour quelles populations et dans quels milieux les infirmières praticiennes ont la meilleure chance d'avoir un impact.

En ce qui concerne l'enjeu clé que sont les populations et les milieux où les infirmières praticiennes pourraient avoir le plus d'impact, un participant a déclaré que ce pourrait être dans un ou plusieurs des domaines suivants : la prévention des maladies et la promotion de la santé, les soins en oncologie, la prise en charge des maladies chroniques (et en particulier la gestion des cas et le soutien à l'autogestion), les soins en gériatrie, les soins de santé mentale et les soins de longue durée. Des participants ont affirmé que ce travail avait déjà été fait, tandis que d'autres ont soutenu qu'il serait difficile de le faire sans que le gouvernement l'exige (parce qu'il créerait des attentes chez les infirmières praticiennes, mais qu'il se pourrait qu'il n'aboutisse à aucun résultat).

Des participants ont aussi convenu qu'une campagne d'information/d'éducation s'impose pour mettre en évidence les innovations dans les soins de santé primaires qui permettent aux médecins et aux équipes de donner plus rapidement accès à de vastes groupes de patients ou d'améliorer les soins prodigués à des groupes en particulier. La campagne pourrait mieux faire connaître la façon dont les infirmières praticiennes et les autres professionnels de la santé travaillent côte à côte avec les médecins, à la fois pour préparer les patients à voir ces autres professionnels dans des cliniques de soins de santé primaires et pour appuyer les efforts continus d'innovation dans la prestation des soins de santé primaires. Pour compléter cette campagne, des participants ont suggéré d'en lancer une deuxième qui s'adresserait aux professionnels des soins de santé primaires et porterait sur les pratiques exemplaires en matière de soins en équipe : comment la pratique collaborative peut fonctionner au profit des patients et des professionnels eux-mêmes.

Beaucoup de participants ont convenu qu'il fallait poursuivre le travail pour veiller à ce que :

- 1) les règlements régissant les infirmières praticiennes soient plus uniformes entre les provinces et les territoires;
- 2) les provinces et les territoires aient tous des normes d'éducation pour les infirmières praticiennes;
- 3) toutes les provinces (et tous les territoires, lorsque c'est possible) aient mis en place une formation interprofessionnelle.

Enfin, des participants ont reconnu qu'il est urgent de renforcer la communauté des soins de santé primaires et qu'il est impératif d'avoir un organisme qui peut unifier les fournisseurs et les gestionnaires de soins de santé primaires de toutes les régions du Canada, et ce, peu importe le modèle de prestation des soins de santé primaires. Les efforts d'un tel organisme seraient complémentaires à ceux des associations professionnelles de la santé qui ont une perspective plus spécifique à leur profession afin d'influencer les orientations et la forme que prendront les soins de santé primaires au Canada. Une telle perspective spécifique est généralement observée dans d'autres organisations professionnelles comme les organisations représentant les soins actifs, la santé mentale et certaines maladies actives et chroniques.