



**Résumé du dialogue:
Renforcer les soins de santé primaires au Canada (dialogue n° 2)**

Le 8 janvier 2010

McMaster Health Forum

Pour les citoyens intéressés de même que les penseurs et les acteurs influents, le McMaster Health Forum s'efforce de jouer le rôle de pivot de l'amélioration des résultats de santé grâce à une résolution collective des problèmes. En agissant à un niveau régional ou provincial et au niveau national, le forum met en valeur l'information, réunit les parties prenantes et prépare les dirigeants tournés vers l'action à surmonter de façon créative les problèmes de santé urgents. Le forum agit comme un agent du changement en donnant aux parties prenantes la possibilité de déterminer les calendriers, de prendre des mesures bien motivées et de communiquer efficacement la justification des mesures.

Auteurs

John N. Lavis, docteur en médecine, directeur, McMaster Health Forum, professeur et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur le transfert et l'échange des connaissances, McMaster University

Jessica Shearer, MHS, adjointe à la recherche, McMaster Health Forum

Financement

La synthèse d'information et le dialogue destiné à informer des parties prenantes ont été tous les deux financés par le Conseil canadien de la santé. Les vues exprimées dans la synthèse d'information sont les vues des auteurs et ne doivent pas être considérées comme représentant les vues du Conseil canadien de la santé, de ses conseillers, de son secrétariat ou de son principal fondateur (Santé Canada).

John Lavis reçoit une aide salariale du Programme des chaires de recherche du Canada.

Le McMaster Health Forum reçoit un soutien financier et non financier de la part de McMaster University.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt professionnel ou commercial en lien avec la synthèse d'information. Le fondateur n'a joué aucun rôle dans la détermination, la sélection, l'évaluation, la synthèse ou la présentation des données de recherche ciblées dans la synthèse d'information.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Ileana Ciurea et le personnel du McMaster Health Forum pour leur aide à organiser le dialogue destiné à informer les parties prenantes. Les auteurs souhaitent également remercier Nancy Johnson (responsable des publications du McMaster Health Forum) pour son aide à la rédaction et à la révision. Nous remercions le Conseil canadien de la santé et son secrétariat pour leur contribution à l'élaboration et à l'orientation intellectuelle du projet.

Citation

Lavis JN, Shearer JC. Résumé du dialogue : Renforcer les soins de santé primaires au Canada (dialogue n° 2) Hamilton, Canada : McMaster Health Forum, 8 janvier 2010.

Dialogue

Le dialogue destiné à informer les parties prenantes portant sur le renforcement des soins de santé primaires au Canada s'est tenu le 8 janvier 2010 au McMaster Health Forum à Hamilton, en Ontario, au Canada.

Numéros d'enregistrement des publications :

ISSN 1929-7947 (imprimé)

ISSN 1929-7955 (en ligne)

Table des Matières

RÉSUMÉ DU DIALOGUE 4

RÉSUMÉ DES QUATRE DÉLIBÉRATIONS 6

 DÉLIBÉRATION AU SUJET DU PROBLÈME 6

 DÉLIBÉRATION AU SUJET DES OPTIONS DE POLITIQUES ET DE PROGRAMMES..... 10

 Option 1 – Appuyer l’extension de la gestion des maladies chroniques dans les soins de santé gérés par un médecin, par l’utilisation combinée des dossiers médicaux électroniques, des paiements ciblés, de la formation professionnelle continue et de la vérification ou de l’accréditation de leurs cliniques et de la vérification de leurs pratiques de soins de santé primaires 11

 Option 2 - Soutenir l’extension ciblée des pratiques de soins de santé primaires axées sur la collaboration interprofessionnelle 12

 Option 3 - Encourager l’utilisation du modèle de soins chroniques dans les milieux de soins de santé primaires, ce qui signifie l’association entre le soutien à l’autogestion, le soutien décisionnel, la conception des systèmes de prestation, les systèmes d’information clinique, le soutien du système de santé et les ressources communautaires 13

 Option 4 - Promouvoir une vision pancanadienne pour les soins de santé primaires et une plateforme d’échange de connaissances afin que les juridictions apprennent de leurs expériences respectives 13

 DÉLIBÉRATION AU SUJET DE RÉFLEXIONS SUR LA MISE EN ŒUVRE 15

 DÉLIBÉRATION AU SUJET DE PROCHAINES ÉTAPES À SUIVRE POUR LES DIFFÉRENTES CIRCONSCRIPTIONS..... 16

RÉSUMÉ DU DIALOGUE

Les participants au dialogue ont abordé à la fois les enjeux de longue date en matière de soins de santé primaires et les efforts menés actuellement pour les renforcer. La plupart des participants se sont montrés optimistes et ont décelé des signes de progrès importants partout au pays. Ils admettent toutefois qu'il reste beaucoup de travail à faire. Un nombre restreint de participants étaient moins positifs à l'égard des progrès réalisés au cours de la dernière décennie et des perspectives de changement à court et à moyen terme.

Tout au long de la journée, des thèmes récurrents ont surgi au fil de la discussion. À maintes reprises, de nombreux participants ont repris les principaux domaines d'intérêts qui, selon eux, accéléreront le renforcement des soins de santé primaires au Canada.

Premièrement, les participants au dialogue ont mentionné qu'il reste beaucoup de travail à faire pour **établir les liens** qui trouveront un écho auprès des politiciens, des gestionnaires de systèmes de santé, des fournisseurs de soins de santé et du grand public. Selon eux, cela signifiait qu'il faut formuler et communiquer l'information suivante :

- le « dossier d'analyse » des soins de santé primaires en tant que fondation du système de santé;
- le précieux rôle que doivent jouer les soins de santé primaires pour faire progresser d'autres enjeux prioritaires (p. ex., la grippe A [H1N1], les temps d'attente, les maladies chroniques et la gestion des soins à la population vieillissante, qu'un des participants a comparés à un « tsunami en puissance »);
- la nécessité d'améliorer les liens au sein des diverses initiatives ainsi qu'entre celles-ci, initiatives qui contribuent directement ou indirectement à renforcer les soins de santé primaires.

Deuxièmement, pour orienter et soutenir le renforcement des soins de santé primaires, on doit mettre en place **des structures de gestion** faisant le lien entre les pratiques en cabinet ou en clinique, d'une part, et le gouvernement provincial, d'autre part. Certains participants ont soutenu que de telles structures n'existent actuellement qu'au Québec.

Troisièmement, on devra explicitement inclure l'objectif de renforcement des soins de santé primaires dans les **ententes de financement** à négocier au cours des cinq prochaines années avec diverses professions et organismes. La province de l'Ontario est reconnue pour les progrès significatifs qu'elle a réalisés dans ce domaine; en fait, celle-ci a appuyé la transition vers l'inscription de populations de patients au moyen d'ententes de financement conclues avec des médecins de soins de santé primaires. Toutefois, même en Ontario, il n'y a que quelques autres ententes de financement qui ont été négociées dans le but que toutes les professions et tous les organismes puissent appuyer le renforcement des soins de santé primaires.

Quatrièmement, tous les niveaux du système de santé doivent porter une plus grande attention aux **mesures de rendement** (y compris l'informatisation des dossiers des soins de santé primaires, qui rendent cela possible) et à la **rétroaction, afin de soutenir l'amélioration de la qualité**. On a reconnu que la Colombie-Britannique a fait des avancées significatives dans ce domaine.

Finalement, les participants ont indiqué qu'une attention beaucoup plus soutenue doit être portée à la **gestion du changement** au sein du système de soins de santé primaires.

Un certain nombre de participants ont préconisé de poursuivre sur la lancée actuelle (et idéalement d'accélérer le processus) en ce qui concerne les changements progressifs qui commencent à avoir une incidence sur tout le système, tout en se préparant à tirer avantage des **occasions** aux niveaux intergouvernemental, gouvernemental ou régional, ainsi qu'au niveau des pratiques en cabinet ou en clinique. Parmi les occasions mentionnées par les participants, notons la renégociation prochaine du Transfert canadien en matière de santé (qui arrive à échéance en 2014), les déficits publics (qui pourraient stimuler des changements de système et non seulement des compressions budgétaires), les élections, le renouvellement de diverses ententes de financement, la planification de nouvelles initiatives stratégiques directement ou indirectement liées aux soins

de santé primaires, la tenue de consultations au sujet des soins de santé primaires (telles que celles qui se tiennent actuellement au Québec), le déblocage et la réaffectation des fonds de l'Inforoute Santé du Canada ainsi que la pénurie de main-d'œuvre causée par le vieillissement de la population active.

RÉSUMÉ DES QUATRE DÉLIBÉRATIONS

DÉLIBÉRATION AU SUJET DU PROBLÈME

Les participants au dialogue ont tout d'abord mentionné que l'accès limité ou inéquitable à des soins de santé primaires communautaires, durables et de grande qualité au sein des systèmes de santé fédéral, provinciaux et territoriaux constitue un problème complexe et multidimensionnel, dont certains aspects sont communs aux différentes juridictions et spécifiques à certaines autres. Les opinions des participants divergeaient sur la question de savoir si des changements de système commencent à se faire sentir et si ceux-ci sont susceptibles de s'accélérer dans un proche avenir. La plupart des participants voyaient les améliorations apportées à l'accès aux soins de santé primaires de grande qualité partout au pays d'un bon œil et se sont montrés optimistes quant aux prévisions des améliorations à venir. Ces participants ont constaté de nombreux signes de progrès significatifs (et ont soutenu qu'il faut apprendre des succès et des échecs), mais ils ont aussi admis que les avancées sont inégales d'une juridiction à l'autre et qu'il reste beaucoup de travail à faire. En revanche, certains participants étaient pessimistes. L'un d'entre eux a exprimé ainsi sa vision des choses : « Nous avons fait de grands progrès, mais nous voulons en réaliser davantage ». Un petit groupe de participants jugeaient de manière plus sombre les progrès accomplis au cours de la dernière décennie et les changements à survenir à court et à moyen terme.

Quelques participants mentionnent explicitement l'« héritage des politiques » qui influe profondément sur le rythme du changement dans ce secteur, notamment le « marché » de longue date conclu entre les gouvernements et les médecins, selon lequel la prestation de soins privée est financée par les fonds publics. Ce marché, qui remonte à la création de l'assurance maladie, en 1968, signifie que s'éloigner du modèle des médecins de petits cabinets privés et autonomes de même que du paiement des médecins à l'acte doit être le fait de décisions indépendantes prises par un grand nombre de médecins de soins de santé primaires (et de nombre de spécialistes qui les appuient), plutôt qu'une décision émanant des instances de planification et de gestion. D'autres participants au dialogue ont fait remarquer que les ententes de financement, l'offre de personnel de clinique ou de cabinet payé par une instance externe et

Encadré 1 : Contexte du dialogue des intervenants

L'objectif du dialogue des intervenants était de favoriser une discussion complète sur les réflexions pertinentes (y compris les faits issus de la recherche) relatives à un enjeu politique hautement prioritaire, afin d'éclairer l'action à mettre en œuvre. Voici les caractéristiques clés du dialogue :

- 1) Il traitait d'un enjeu auquel font actuellement face les soins de santé primaires durables, communautaires et de haute qualité offerts par les systèmes de santé publics fédéral, provinciaux et territoriaux;
- 2) Il se concentrait sur différentes caractéristiques du problème décrites dans la politique générale, notamment (lorsque possible) la manière dont celui-ci affecte des groupes particuliers.
- 3) Il insistait sur quatre options (parmi de nombreuses) pour traiter le problème de politique;
- 4) Il était éclairé par la diffusion préalable d'une synthèse d'information fondée à la fois sur l'analyse documentaire et des entrevues clés, de même que deux documents généraux (une synthèse portant sur les données probantes ayant utilisé à la fois les données de recherche mondiales et locales au sujet du problème, des options et des réflexions sur la mise en œuvre, et le résumé du dialogue des intervenants invités au mois de mai 2009);
- 5) Il était éclairé par une discussion au sujet de l'ensemble des facteurs pouvant jeter de la lumière sur la façon d'approcher le problème et les options possibles pour le résoudre;
- 6) Il a réuni de nombreux partis pouvant être impliqués ou touchés par les décisions futures liées à l'enjeu;
- 7) Il assurait la représentation équitable des décideurs, des intervenants et des chercheurs;
- 8) Un facilitateur a été embauché pour assister les délibérations pendant le dialogue sur les politiques.
- 9) Il a permis de tenir des délibérations franches et officieuses en suivant la règle du Chatham House : « Les participants sont libres d'utiliser l'information reçue au cours de la réunion, mais ni l'identité ni l'affiliation des orateurs et des participants ne doit être révélée. »
- 10) Il ne visait pas la recherche d'un consensus.

Les opinions et les expériences des participants de même que les connaissances tacites qu'ils ont apportées au débat sont aussi des intrants importants du dialogue. Le dialogue entre les parties prenantes a été conçu pour susciter des intuitions – des intuitions qui ne peuvent surgir que lorsque toutes les personnes impliquées dans la prise des décisions futures sur un problème ou touchées par ces décisions y travaillent ensemble. Il a également été conçu pour favoriser l'action des personnes qui participent au dialogue et de celles qui examinent le résumé du dialogue, et les entrevues vidéo avec les participants au dialogue.

le soutien financier à l'informatisation des dossiers médicaux constituent (et continueront à représenter) des mécanismes importants pour favoriser ces transformations.

Bien que les participants au dialogue aient été d'accord avec la façon dont le problème a été présenté dans la synthèse portant sur les données probantes et la synthèse d'information, ils ont quand même passé la majeure partie du temps à délibérer du problème sous l'angle de l'économie politique des soins de santé primaires. Autrement dit, ils se sont concentrés sur les « causes » du problème et non sur les manifestations de celui-ci, telles qu'on les a décrites dans les deux synthèses. Les commentaires portant sur les **causes plus importantes** du problème avaient tendance à se rapporter soit aux mesures incitatives actuellement offertes aux responsables des systèmes de santé ou aux travailleurs de la santé, soit à notre compréhension concernant les types d'initiatives pouvant déclencher le changement à l'échelle du système.

En ce qui concerne d'abord les **mesures incitatives**, plusieurs participants ont fait l'observation suivante à propos de la structure des mesures incitatives politiques en place dans les systèmes de santé : les soins de santé deviennent de plus en plus « le projet » des gouvernements provinciaux, car cela représente de 40 à 50 cents pour des dollars dépensés par ceux-ci. Le haut degré de responsabilité politique qui en découle contribue à expliquer le souci qu'ont les politiciens de gérer la crise au jour le jour, de même que leur manque d'intérêt historique à distinguer la gouvernance de la gestion et à déléguer le pouvoir de direction à des instances indépendantes (le « modèle Hydro Santé », pour reprendre les termes d'un participant), surtout lorsqu'il s'agit des médecins. Un certain nombre de participants ont souligné l'absence de récompenses accordées aux médecins (ainsi qu'aux autres professionnels de la santé) qui font preuve de leadership et, plus généralement, le manque de mesures incitatives visant à stimuler l'innovation entrepreneuriale dans le domaine des soins de santé primaires, afin de tisser des liens, d'une part, entre les cabinets et les cliniques de soins de santé primaires et les autres organismes de santé et, d'autre part, entre le système de santé et d'autres secteurs complémentaires (p. ex., les services sociaux et les loisirs) susceptibles de réduire la demande en soins de santé. Un participant a fait remarquer le manque de mesures incitatives ciblant les carrières de gestion dans le domaine des soins de santé primaires, par opposition aux mesures incitatives visant à encourager le travail au sein des régies régionales de la santé et dans les hôpitaux régionaux.

Par ailleurs, plusieurs participants ont fait remarquer que nous savons très peu de choses au sujet des types d'initiatives qui pourraient déclencher le **changement à l'échelle du système**. Que pourrions-nous faire, se sont-ils demandés, pour créer une réaction en chaîne qui révolutionnerait le système (p. ex., pour passer d'un système fondé sur les fournisseurs de soins autonomes à un système axé sur des patients dont le « foyer médical » serait un cabinet ou une clinique de soins de santé primaires)? En présence du peu d'intérêt à apporter des changements obligatoires au système, quel ensemble d'initiatives pourrait collectivement nous « contraindre à le transformer »? Ces initiatives, qui pourraient être mises en œuvre dans les cabinets ou les cliniques, ou encore au niveau sous-régional, régional ou provincial, pourraient constituer une priorité à court terme (p. ex., les dossiers médicaux électroniques en cabinet ou en clinique ainsi que les ententes de financement provinciales), à moyen terme (mesures du rendement et la rétroaction pour soutenir l'amélioration de la qualité au niveau de la pratique clinique) ou à long terme (p. ex., des structures de gestion régionale attribuant des ressources pour soutenir et récompenser l'amélioration de l'accès à des soins de santé primaires de grande qualité).

Les participants en sont venus à discuter des **causes immédiates** du problème (dont certaines recourent les manifestations du problème telles qu'elles sont présentées dans les deux synthèses) et ont fait remarquer les éléments suivants : 1) le manque de stratégies de communication pour renseigner les politiciens, les gestionnaires du système de santé, les fournisseurs de soins de santé et le grand public au sujet de l'importance des soins de santé primaires; 2) le manque de structures de gestion pour orienter et soutenir le renforcement du système des soins de santé primaires (du moins à l'extérieur du Québec, où de telles structures ont été mises en place en 2004); 3) la non-inscription du renforcement des soins de santé primaires comme objectif explicite des ententes de financement négociées avec diverses professions et organismes; 4) le peu d'attention portée aux mesures de rendement (y compris les dossiers médicaux électroniques des soins de santé primaires, qui les rendraient possibles) et l'insuffisance de la rétroaction pour appuyer l'amélioration de

la qualité (sauf en Ontario et en Colombie-Britannique, où on a mis en place des initiatives d'amélioration de la qualité); 5) le peu d'attention accordée aux processus de gestion du changement au sein des systèmes de soins de santé primaires.

La première des causes immédiates du problème – le **manque de stratégies de communication** pour renseigner les politiciens, les gestionnaires du système de santé, les fournisseurs de soins de santé et le grand public à l'importance des soins de santé primaires – se traduit par l'insuffisance de documents établissant des liens pour ces différents groupes et le manque d'organismes veillant à vulgariser et à diffuser les messages clés de ces documents. Plusieurs participants au dialogue avaient l'impression que trois types de documents faisaient défaut : 1) « le dossier d'analyse » des soins de santé primaires en tant que fondation du système de santé, qui pourrait être utilisé par toutes les juridictions; 2) le rôle que doivent jouer les soins de santé primaires pour faire progresser d'autres enjeux prioritaires (p. ex., la grippe A [H1N1], les temps d'attente, les maladies chroniques et la gestion des soins à la population vieillissante), qui pourrait servir à toutes les juridictions et être adapté par certaines d'entre elles; 3) l'établissement de liens au sein des diverses initiatives ainsi qu'entre celles-ci, initiatives qui contribuent directement ou indirectement à renforcer les soins de santé primaires et devant être spécifiques à chaque juridiction. Un participant a fait remarquer l'absence d'un autre document, à savoir un plan à long terme (comme le National Health Service Plan de dix ans en Angleterre). Quelques participants ont mentionné que des provinces comme la Colombie-Britannique et le Nouveau-Brunswick disposaient respectivement d'un cadre stratégique visant à promouvoir le renforcement des soins de santé primaires et d'un énoncé clair sur la façon dont les soins de santé primaires servent de fondation au système de santé. De nombreux participants ont souligné l'importance de mettre à exécution le contenu de ces documents et d'y donner suite, tandis que d'autres ont déploré le manque de mise en œuvre et de suivi de l'accord de 2003 qui, dans une certaine mesure, a fourni une vision des soins de santé primaires, mais sans proposer un plan opérationnel pour la concrétiser.

La deuxième des causes immédiates du problème – le **manque de structures de gestion** pour orienter et soutenir le renforcement du système de soins de santé primaires – signifie que dans les faits, personne n'a la charge ni la responsabilité en ce domaine de faire le lien entre la pratique en cabinet ou en clinique et le gouvernement provincial. Le Québec compte maintenant 95 réseaux de services de santé et de services sociaux, dont chacun possède sa propre structure de gestion, et ces réseaux s'intègrent à leur tour dans des structures régionales de gestion, mais les autres provinces ne possèdent pas de telles structures. Par exemple, l'Ontario ne dispose pas de 14 « conseils d'équipes de santé familiale » jumelés aux 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé. Cela signifie que les cabinets et les cliniques de soins de santé primaires agissent en vases clos, sans personne pour les diriger, et que les nouvelles initiatives, comme celles axées sur le diabète, ne sont pas intégrées dans ces cabinets et ces cliniques. Cependant, en présence ou en l'absence de structures de gestion, le manque de stratégies de communication susmentionné fait en sorte que les soins de santé primaires font toujours l'objet d'une gestion politique. Or, on n'a pas mis à la disposition des politiciens les arguments pour interpellier les prophètes de malheur qui prédisent le pire si les budgets des hôpitaux sont réaffectés aux soins de santé primaires, ni pour s'adresser aux fondations des hôpitaux qui entreprennent des collectes de fonds pour financer les nouvelles technologies sans en prévoir les coûts d'exploitation, ni pour rassurer leurs électeurs par rapport au fait que le système de santé peut offrir de meilleures options que les salles d'urgence. Les structures de gestion ne suffiront pas à elles seules à garantir l'orientation et le soutien du renforcement des soins de santé primaires.

Certains participants au dialogue ont affirmé que la **non-inscription du renforcement des soins de santé primaires comme objectif explicite des ententes de financement négociées** constituait la troisième cause immédiate du problème. Alors que des provinces comme l'Ontario ont fait des progrès significatifs pour encourager la transition vers l'inscription de populations de patients au moyen d'ententes de financement conclues avec des médecins de soins de santé primaires, même dans cette province, il n'y a que quelques autres ententes de financement qui ont été négociées dans le but que toutes les professions et tous les organismes puissent appuyer le renforcement des soins de santé primaires. Quelques participants au dialogue ont fait remarquer qu'on dispose quand même de fonds malgré la période économique difficile que nous traversons : « Seulement, les fonds ne sont pas consacrés au renforcement des soins de santé primaires »

et selon un plan pluriannuel visant à soutenir ce renforcement. Selon plusieurs participants au dialogue, le fait que très peu d'ententes de financement garantissent que toute économie (découlant, p. ex., de la réduction du nombre de patients admis à l'urgence et le nombre d'hospitalisations pour des cas de diabète) réalisée grâce aux cabinets et aux cliniques de soins de santé primaires qui revient à ceux-ci constitue un défi de taille. Deux participants ont affirmé que les modèles de financement « ne font pas les bons médecins ni les bonnes infirmières », mais qu'ils assurent aux professionnels de la santé un milieu de travail leur offrant du soutien et garantissent une récompense (ou à tout le moins l'absence de pénalités) à ceux qui posent de bons gestes.

Le peu d'attention portée aux mesures du rendement et à la rétroaction, qui pourraient favoriser l'amélioration de la qualité, a été considéré par les participants au dialogue comme la quatrième cause immédiate du problème. Généralement, les initiatives soutenues par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, ont mesuré le rendement au niveau local et non à l'échelle du système. Bien que des provinces comme l'Ontario et la Colombie-Britannique aient mis en place des initiatives visant l'amélioration de la qualité à l'échelle du système et de la pratique en cabinet ou en clinique, à savoir le Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation et le Practice Support Program, ce n'est pas le cas de la plupart des autres provinces. Lorsqu'on constitue des indicateurs de soins de santé primaires de tous les systèmes de santé provinciaux, on a tendance à s'intéresser surtout à certains indicateurs de processus (p. ex., le nombre d'équipes de santé familiale, le nombre de patients inscrits) et non aux indicateurs d'accès et de qualité (p. ex., les temps d'attente pour accéder aux soins de santé primaires, les médecins et les administrateurs champions disponibles ainsi que l'expertise disponible pour améliorer la sécurité et la qualité), ni aux indicateurs de résultats que les politiciens et le public comprennent d'emblée. Les participants ont fait un certain nombre de propositions de cadres de travail pour organiser de tels indicateurs, parmi lesquelles signalons les suivantes : 1) le modèle des soins aux malades chroniques (soutien à l'autogestion, appui à la prise de décision, conception des systèmes de prestation, systèmes d'information clinique, soutien du système de santé et ressources communautaires); 2) le triple objectif de l'Institute for Healthcare Improvement (santé de la population; expérience des soins par le patient – qualité, accès et fiabilité; coût des soins par habitant); et 3) les six objectifs d'amélioration de l'Institute of Medicine (sécurité, priorité accordée au patient, efficacité, efficacité, rapidité et équité).

En outre, les participants ont soutenu que toutes les provinces avaient négligé l'informatisation des dossiers médicaux de soins primaires à l'échelle des cabinets et des cliniques, qui aurait rendu possibles les mesures de rendement et l'amélioration de la qualité. Au lieu, on a privilégié l'informatisation des dossiers médicaux dans les hôpitaux, les domaines techniques comme l'imagerie diagnostique et les soins tertiaires comme les soins cardiaques. Plusieurs participants au dialogue ont avancé que, sans d'abord obtenir des mesures du rendement (et sans dossiers médicaux électroniques) au niveau de la pratique en cabinet ou en clinique, on « ne peut pas évaluer le fonctionnement du système ni savoir si les fonds sont bien employés », et ce, même en investissant de manière importante dans les soins de santé primaires.

La cinquième cause immédiate du problème – **le peu d'attention accordée aux processus de gestion du changement** au sein des systèmes de soins de santé primaires – a été présentée par certains participants au dialogue en insistant sur le problème plutôt que les moyens à mettre en place, alors que d'autres participants au dialogue l'ont exposée comme un manque d'attention et d'investissement pour assurer le transfert de la réussite du niveau local au niveau systémique. Voici ce qu'a mentionné un des participants : « Je savais que je fournissais des soins inadéquats, mais je ne savais pas comment changer les choses. » Cette même personne a fait l'observation suivante : « Je vois maintenant des personnes modifier leur pratique [...] (après qu'elles ont reçu des ressources, des outils et de l'encadrement dans leur pratique en cabinet ou en clinique). » Un certain nombre de participants ont fait remarquer ceci : « Le Canada est une nation de projets pilotes. » Tant pour ce qui est des projets pilotes locaux que l'élargissement de leur application, plusieurs participants ont souligné l'importance d'engager davantage de professionnels de la santé à mener les changements, tout en reconnaissant la nécessité d'équilibrer « le maintien des soins » et la « mise en œuvre des changements ».

Au cours de la délibération au sujet du problème, les participants au dialogue ont discuté d'un certain nombre d'aspects interpersonnels liés au problème : 1) les équipes de soins de santé primaires ne peuvent être créées

par décret (mais on peut faire la promotion des équipes en montrant aux professionnels de la santé comment certains collègues tirent le meilleur parti des équipes et en soutenant les professionnels de la santé durant leur transition au travail en équipe); 2) les inscriptions indicatives (c.-à-d., les inscriptions créées par un algorithme administratif) constituent un mauvais substitut de l'engagement actif entre les patients et les professionnels de la santé dans le processus d'inscription; 3) les médecins recevant un paiement à l'acte ne doivent pas être laissés pour compte, mais plutôt être engagés à adopter les changements pour lesquels ils sont prêts; 4) il ne faut pas ignorer la culture des soins de santé primaires, qui comprend des médecins se percevant comme des entrepreneurs indépendants, s'attendant à un niveau élevé de participation dans la prise des décisions et à recevoir gratuitement des séances de formation professionnelle continue. Un participant a fait remarquer que le problème d'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires de grande qualité est encore plus complexe et multidimensionnel dans les populations nordiques et autochtones.

DÉLIBÉRATION AU SUJET DES OPTIONS DE POLITIQUES ET DE PROGRAMMES

Plusieurs participants ont commenté les options qui leur ont été présentées dans la synthèse portant sur les données probantes et dans la synthèse d'information. L'un d'entre eux a affirmé que toutes les options n'apportaient que « des modifications mineures à un ancien système sans lui faire subir aucune révolution ». Un autre participant du dialogue a fait remarquer que certaines provinces, telles que l'Ontario, sont déjà en phase d'adopter toutes les options au niveau du système. En outre, étant donné que les participants se sont d'abord concentrés au début du dialogue sur l'énoncé du problème, il n'est pas étonnant qu'une bonne partie de la délibération ait porté sur les options visant à régler les causes immédiates du problème.

Option 1 – Appuyer l’extension de la gestion des maladies chroniques dans les soins de santé gérés par un médecin, par l’utilisation combinée des dossiers médicaux électroniques, des paiements ciblés, de la formation professionnelle continue et de la vérification ou de l’accréditation de leurs cliniques et de la vérification de leurs pratiques de soins de santé primaires

Un certain nombre de participants au dialogue ont reconnu que la grande majorité des soins de santé primaires sont encore pris en charge par les médecins, et que le fait d’annoncer cela explicitement dans l’option pourrait provoquer certains intervenants à faire face à cette réalité (soit pour la prendre en considération dans leur travail ou essayer de la changer au fil du temps). Cependant, un certain nombre d’autres participants ont estimé que l’expression « soins de santé dirigés par un médecin » (*physician-led care*) n’a pas été utile dans un vaste éventail d’environnements, y compris les environnements éducatifs, où la formation en équipe est de plus en plus courante; les environnements de pratique, où les soins en collaboration sont de plus en plus courants; et les communautés mal desservies, où les infirmières praticiennes peuvent diriger les principales équipes de soins de santé. Les participants ont privilégié une gamme des solutions de rechange à l’expression « soins de santé dirigés par un médecin », y compris « le foyer médical » (*medical home*), le « médecin responsable » (*responsible physician*), le « médecin traitant » (*treating physician*) et l’« équipe de santé familiale » (*Family Health Team*) (bien que ce dernier ne soit en usage qu’en Ontario). Peu importe l’expression utilisée et le professionnel de la santé responsable de diriger une équipe, la plupart des participants ont convenu que le dirigeant fonctionnel de l’équipe soignante d’un patient donné à un moment donné pourrait facilement être un professionnel de la santé autre que le dirigeant désigné. Plusieurs participants ont également préféré l’expression « mesures de rendement et amélioration de la qualité » (*performance measurement and quality improvement*) à vérification ou accréditation (*audit/ accreditation*) pour décrire un des éléments de l’option.

Quelques participants au dialogue ont soutenu que cela était simplement le *statu quo* et non une option pour régler le problème d’accès limité ou inéquitable à des soins de santé primaires communautaires, durables et de grande qualité. D’autres ont affirmé ceci : 1) ce sont les soins de santé dirigés par un médecin que nombre de Canadiens connaissent et semblent aimer; c’est aussi ce que de nombreux médecins canadiens demandent et ce sur quoi on devrait plancher à l’heure actuelle (de plus, l’éloignement de ce modèle coûterait beaucoup d’argent, au moment où pas d’argent « neuf » n’est consenti); 2) cette option suit la direction dans laquelle se dirigent quelques provinces, dont le Québec, et il s’agit maintenant de véritablement savoir comment soutenir le mouvement dans cette direction (p. ex., mesures incitatives pour que les médecins leaders soient entrepreneuriaux, prêts pour que les médecins leaders établissent idéalement des cabinets ou des cliniques de soins de santé primaires); 3) un certain nombre d’éléments compris dans cette option (p. ex., dossiers médicaux électroniques, mesures incitatives financières, formation professionnelle continue efficace, mesures du rendement et rétroaction) sont peut-être loin d’être appliqués dans tous les systèmes de santé, mais ils n’en sont pas moins essentiels au renforcement des systèmes de santé primaires; 4) la collaboration au sein des professions médicales et entre celles-ci prend du temps à se développer, à la fois dans le système d’éducation et dans l’expérience pratique du travail en équipe.

En ce qui concerne les éléments de l’option, les participants au dialogue ont fait remarquer ceci : 1) les soins « dirigés par un médecin » ne signifient pas nécessairement que ces derniers reçoivent un paiement à l’acte; en fait, nombre d’équipes dirigées par un médecin reçoivent un paiement par capitation ou sont payées selon une rémunération mixte; 2) les dossiers médicaux électroniques sont prometteurs en ce qu’ils permettent des recherches de comités, des évaluations comparatives de rendement, des propositions de dépistage, en plus de pouvoir informer sur les disciplines convenant le mieux à une population de patients donnée et mettre en place des équipes virtuelles; 3) pour que la promesse des dossiers médicaux électroniques se réalise, ils doivent être opérables entre les juridictions et au sein d’une même juridiction; leur utilisation doit être soutenue par les soins de santé primaires et non simplement dans les hôpitaux et d’autres milieux; 4) les mesures incitatives financières doivent être offertes à l’échelle des équipes, et pas nécessairement (simplement) aux médecins, et ce, afin de motiver les directeurs des cabinets ou des cliniques ainsi que toute l’équipe.

Les participants ont fait remarquer un certain nombre de limites de cette option : 1) les patients inscrits doivent être inclus, afin qu'il y ait responsabilité reconnue pour la population de patients définie; 2) les soutiens d'autogestion et les ressources communautaires compris dans l'option 3 doivent également être inclus, afin de responsabiliser les patients et engager les communautés locales; 3) la création de cabinets ou de cliniques de plus grandes tailles, et des visites de collaborateurs (p. ex., pharmaciens, physiothérapeutes, éducateurs spécialisés en diabète et professionnels de la santé mentale) et de spécialistes qui soutiennent « les soins partagés (et, pour certains participants au dialogue, le regroupement de services de spécialité comme la radiologie) doit être considérée étant donné le nombre de petits cabinets ou de petites cliniques isolés qui ne sont pas viables et l'importance « de maintenir les patients dans les cabinets » (et de ne pas leur permettre d'être récupérés inutilement dans des cabinets ou des cliniques spécialisés). Tel qu'on y a fait référence plus tôt, plusieurs participants au dialogue ont mentionné que cette option (comme c'est le cas pour les autres) ne traite pas de l'« écologie » plus vaste des soins de santé primaires, et particulièrement de la réalité selon laquelle il n'existe aucun lieu de gestion qui produirait cela de façon systématique dans la plupart des systèmes de santé. Ils ont également avancé qu'il est incertain que les politiciens veuillent que ce lieu de gestion soit créé à moins que ceux-ci disposent des arguments visant à engager ceux qui les jugeront responsables sur le plan politique de chacun des échecs dans la façon de gérer les soins de santé primaires.

Option 2 - Soutenir l'extension ciblée des pratiques de soins de santé primaires axées sur la collaboration interprofessionnelle

Les préférences actuelles quant aux possibilités d'avenir suivantes différaient d'un participant à l'autre :

1) soins de santé primaires axés sur la collaboration interprofessionnelle dans *tous* les cabinets ou *toutes* les cliniques; 2) expansion ciblée de cette forme de soins de santé primaires; ou 3) approche attentiste en raison du fait que cette forme de soins de santé primaires représentait les résultats probables des développements continus dans les programmes de formation des professionnels de la santé ainsi que dans les cabinets et les cliniques dirigés par les médecins. Ceux qui préféraient voir des soins de santé primaires axés sur la collaboration interprofessionnelle dans *tous* les cabinets ou *toutes* les cliniques dès que possible n'ont généralement pas pensé qu'on devrait les limiter à des populations complexes ou difficilement accessibles (également ciblées par les centres de santé communautaires). Un participant au dialogue a fait remarquer que beaucoup de travail avait déjà été effectué pour soutenir les soins de santé primaires axés sur la collaboration interprofessionnelle (p. ex., www.eicp.ca).

Ceux qui privilégiaient l'extension ciblée ou une approche attentiste étaient préoccupés par cinq enjeux associés à l'adoption répandue de cette option à l'heure actuelle : 1) convaincre les médecins de s'éloigner des rôles de leadership dans la plupart des cabinets ou des cliniques; 2) recruter des infirmières, des pharmaciens et d'autre personnel pour les pratiques de soins axées sur la collaboration interprofessionnelle; 3) aider les professionnels de la santé à travailler ensemble de manière efficiente et efficace; 4) prendre des arrangements flexibles concernant l'espace approprié pour ces cabinets ou ces cliniques (bien que quelques participants au dialogue aient estimé que le regroupement de services est trop fréquemment accentué); 5) trouver les ressources pour payer les autres membres de l'équipe, tout en continuant à payer les médecins pour tous les soins nécessaires sur le plan médical (conformément à la *Loi canadienne sur la santé*). Quelques participants au dialogue ont signalé que les systèmes de paiement constituaient la plus importante barrière à l'adoption répandue de soins de santé primaires axés sur la collaboration interprofessionnelle dans *tous* les cabinets ou *toutes* les cliniques.

Un participant au dialogue s'est dit préoccupé par l'équilibre à atteindre entre l'intégralité et la spécialisation de la pratique en collaboration, puis a souligné l'importance de maintenir une orientation générale parmi les membres centraux de l'équipe même si des soins partagés avec des spécialistes offrent un certain degré de spécialisation. Le même participant était aussi inquiet au sujet du fait que les équipes peuvent devenir préoccupées par les tâches partagées et ignorer les tâches exclusives, ainsi que par l'assurance-responsabilité et les organismes réglementaires de la profession qui mettent des bâtons dans les roues (p. ex., certains pharmaciens et certaines infirmières rejettent parfois les « ordonnances collectives »). Un autre participant au

dialogue a soutenu que l'assurance-responsabilité ne représente une source de problème que lorsqu'un membre de l'équipe n'y souscrit pas. Un troisième participant au dialogue a fait observer que les régimes d'assurance-santé prolongés peuvent également représenter un problème pour les médecins qui doivent souvent signer des formulaires, et ce, même pour les professionnels de la santé pouvant être consultés directement sans que les patients aient à se faire orienter par un médecin.

Option 3 - Encourager l'utilisation du modèle de soins chroniques dans les milieux de soins de santé primaires, ce qui signifie l'association entre le soutien à l'autogestion, le soutien décisionnel, la conception des systèmes de prestation, les systèmes d'information clinique, le soutien du système de santé et les ressources communautaires

La plupart des participants au dialogue ont considéré cette option comme « allant de soi », concevant les six caractéristiques du modèle des soins chroniques – le soutien à l'autogestion, le soutien décisionnel, la conception des systèmes de prestation, les systèmes d'information clinique, le soutien du système de santé et les ressources communautaires – comme les principales caractéristiques-clés du système de santé que devraient présenter les options 1 et 2. Les participants au dialogue étaient particulièrement heureux de constater qu'on prêtait attention au soutien d'autogestion et aux ressources communautaires. Un certain nombre de participants au dialogue ont avancé qu'une plus grande attention doit être portée au renforcement du pouvoir d'agir des patients et à l'établissement d'objectifs établis en collaboration avec les patients dans les cabinets ou les cliniques de soins de santé primaires (de même que dans d'autres organismes de soins de santé et d'initiatives dans la population entière). Deux participants ont mentionné que la campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1) a été pour les soins de santé primaires de quelques provinces à la fois une réussite (du fait que les cabinets ou les cliniques de soins primaires ont atteint plus de la moitié de la population) et un échec (parce qu'on a perdu une occasion de communiquer de l'information au sujet des rôles des patients). Faisant écho aux commentaires (mentionnés ci-dessus) au sujet du besoin de prêter davantage attention aux processus de gestion du changement au sein des systèmes de santé primaires, plusieurs participants ont fait remarquer que bien que cette option « aille de soi », la grande question consiste à savoir comment la faire fonctionner.

Option 4 - Promouvoir une vision pancanadienne pour les soins de santé primaires et une plateforme d'échange de connaissances afin que les juridictions apprennent de leurs expériences respectives

Un certain nombre de participants au dialogue ont rejeté l'idée d'une vision pancanadienne pour les soins de santé primaires, à moins qu'il y ait du financement lié à la vision et que la liste de critères exigés pour y accéder soit courte. Quelques participants au dialogue ont cependant fait remarquer qu'un énoncé des caractéristiques-clés serait utile, particulièrement pour les juridictions où le degré d'activité est faible. Quelques participants au dialogue ont approuvé l'idée de la vision, et aucun d'entre eux n'a soutenu le fait que la vision devrait prendre la forme d'un nouvel accord intergouvernemental en 2010 (pour faire suite à l'accord contracté en 2003). Plusieurs participants au dialogue ont souligné la nécessité de reconnaître à la fois que « tout le monde se trouve à différentes étapes et a différents besoins », mais aussi qu'en dépit des « différentes expériences vécues [...], nous pouvons nous rejoindre autour de principes fondamentaux ».

Nombre de participants au dialogue ont accueilli avec enthousiasme l'idée d'une plateforme de partage des connaissances soutenant l'apprentissage au sujet du renforcement des soins de santé primaires (et, selon l'avis de quelques participants au dialogue, favorisant aussi de façon active l'évaluation comparative entre les juridictions, et dont la fonction de communication est très avancée). Plusieurs participants au dialogue ont fait observer qu'une telle plateforme exigerait un cadre de travail décrivant les principaux éléments du système de soins primaires, et ce, même si une « vision » des soins de santé primaires au Canada n'est pas organisée. Un

certain nombre de participants au dialogue ont déploré la lacune actuelle en matière de plateforme de partage des connaissances établie et indépendante qui pourrait, en particulier, vulgariser à la fois les données probantes issues des recherches et les meilleures pratiques liées au renforcement des soins de santé primaires.

Les participants au dialogue ont commenté le fait que chacun des quatre auditoires cibles de la plateforme de partage des connaissances aurait besoin de différents types d'information. Les politiciens, par exemple, pourraient avoir besoin d'être renseignés au sujet des soins de santé primaires et de se faire rassurer (le cas échéant basé sur les données probantes et les expériences réelles) quant au fait que les nouvelles approches amélioreront l'expérience du patient (p. ex., accès plus rapide) ainsi que les résultats (p. ex., moins de complications du diabète) et permettront de gérer les coûts. Cela pourrait leur donner la volonté politique et les arguments pour soutenir l'investissement ou le réinvestissement d'argent qui se trouve déjà dans le système, afin de renforcer les soins de santé primaires. Les gestionnaires de système de santé pourraient avoir besoin d'être tenus au courant des progrès dans le domaine de la gestion du changement. Les fournisseurs de soins de santé, en revanche, pourraient avoir besoin d'être rassurés quant aux données probantes et à l'expérience, afin de leur suggérer qu'une manière différente de faire les choses serait meilleure pour eux et leurs patients et qu'on offre une récompense (ou à tout le moins l'absence de pénalités) à ceux qui posent de bons gestes. Les fournisseurs futurs, tels que les professionnels de la santé en formation, pourraient avoir besoin d'être rassurés quant à l'avenir passionnant dans les soins de santé primaires. Le grand public pourrait avoir besoin d'être informé au sujet de la façon dont il pourrait tirer parti du système de soins de santé primaires. Un participant au dialogue a mentionné ce qui suit : « Imaginez le message d'intérêt public suivant : “ Le *statu quo* n'est pas une obligation. Si vous viviez en Hollande, vous auriez accès à X et à Y, et votre taux d'imposition serait inférieur”. » Un autre participant au dialogue a plaidé pour une conversation transnationale à l'échelle des communautés locales. Plusieurs participants au dialogue ont insisté sur l'importance de ne pas recourir à des histoires « négatives » (étant donné le nombre élevé de Canadiens très heureux avec leurs médecins de famille) et de trouver une langue adaptée aux citoyens de n'importe quelle juridiction (p. ex., nombre de citoyens ne sont pas au courant des termes spécialisés comme « équipes de soins de santé primaires » et « fournisseurs de soins de santé primaires »).

Deux participants au dialogue ont exprimé l'espoir que le nouveau groupe de travail sur les soins de santé primaires pourrait, avec l'appui de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, soutenir une partie du travail concernant la plateforme de partage des connaissances. Ils ont fait remarquer que certains membres du groupe de travail avaient exprimé des idées semblables à celles des participants au dialogue : « Il n'y a aucune occasion de s'en parler. » Cependant, ils ont reconnu que le groupe de travail aurait besoin d'une plus grande participation au processus décisionnel, tout en reconnaissant que le groupe de travail doit continuer à pouvoir affirmer ce que les personnes et les groupes liés au gouvernement ne peuvent pas dire. Quelques participants au dialogue ont fait observer que d'autres mécanismes de partage des connaissances moins coûteux seraient aussi nécessaires, tels qu'un site Web de type « guichet unique » et une série régulière de webinaires (qui, idéalement, feraient le lien entre les données probantes et des exemples réels de mise en application du changement).

Quelques participants au dialogue ont fait remarquer qu'il est actuellement difficile de mousser une nouvelle initiative comme la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer et la Commission de la santé mentale du Canada, mais ils ont aussi fait observer qu'il y a de solides appuis dans différents organismes provinciaux et nationaux (p. ex., le Conseil canadien de la santé, le Canadian Health Leadership Network et le Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé) qui peuvent, conjointement avec le groupe de travail sur les soins de santé primaires, bâtir le dossier d'une telle initiative.

Plusieurs participants ont fait remarquer qu'une des principales priorités de n'importe quelle plateforme de partage des connaissances consisterait à « établir les liens » au sujet des soins de santé, de sorte qu'on trouve un écho chez chacun des politiciens, des gestionnaires de système de santé, des fournisseurs de soins de santé et des membres du grand public. D'après ces participants, cela signifiait présenter et communiquer les quatre types d'information suivants : 1) le « dossier d'analyse » des soins de santé primaires en tant que fondation (et le meilleur rendement par rapport aux coûts) du système de santé et la manière d'améliorer l'accès aux soins

de santé primaires de grande qualité au sein des systèmes financés par l'État; 2) le rôle que doivent jouer les soins de santé primaires pour faire progresser d'autres enjeux prioritaires (p. ex., la grippe A [H1N1], les temps d'attente, les maladies chroniques et la gestion des soins à la population vieillissante); 3) l'établissement de liens au sein des diverses initiatives ainsi qu'entre celles-ci, initiatives qui contribuent directement ou indirectement à renforcer les soins de santé primaires. Le groupe de travail sur les soins de santé primaires prévoit assumer au moins la première de ces tâches et peut-être la deuxième.

Quelques participants ont commenté le fait que la deuxième priorité clé de n'importe quelle plateforme de partage des connaissances consisterait à rédiger régulièrement des rapports faisant le point sur la mesure dans laquelle les systèmes fédéral, provinciaux et territoriaux ont : 1) mis en place des structures de gestion entre, d'une part, la pratique en cabinet ou en clinique et, d'autre part, le gouvernement provincial, afin d'orienter et de soutenir le processus de renforcement du système de soins de santé primaires; 2) négocié des ententes de financement avec diverses professions et divers organismes, qui comprennent le renforcement des soins de santé primaires comme objectif explicite (un participant au dialogue a toutefois fait observer que cela pourrait créer des difficultés pour les juridictions dont les ententes doivent être renouvelées plus tard que dans d'autres juridictions); 3) établi des mesures du rendement à l'échelle du système (y compris les dossiers médicaux électroniques des soins de santé primaires qui les rendraient possibles) et une rétroaction régulière visant à soutenir l'amélioration de la qualité des pratiques de soins de santé primaires en cabinet ou en clinique; 4) utilisé différents types de processus de gestion du changement dans les systèmes de soins de santé primaires. Les participants ne connaissaient aucun groupe s'étant chargé de ces tâches.

DÉLIBÉRATION AU SUJET DE RÉFLEXIONS SUR LA MISE EN ŒUVRE

Nombre de participants ont préconisé de poursuivre sur la lancée actuelle (et idéalement d'accélérer le processus) en ce qui concerne les changements progressifs qui commencent à avoir une incidence sur tout le système, en grande partie en élaborant et en communiquant le dossier d'analyse du renforcement des soins de santé primaires et en présentant de manière comparative les innovations et les lacunes des systèmes de soins de santé primaires. Plusieurs participants ont fait observer que leur simple participation au dialogue les a rassurés quant au fait qu'ils doivent continuer de faire ce qu'ils font (p. ex., collaborer dans un comité consultatif sur les soins de santé primaires) et ils ont avancé que d'autres personnes travaillant dans le système ont besoin d'exposer des messages semblables. Un participant au dialogue a souligné que les « organismes et les juridictions qui peuvent le faire devraient le faire », car cela créera les conditions nécessaires pour faire des évaluations et tirer des leçons de nos expériences en plus de faciliter les décisions que doivent prendre ceux qui font face à des défis semblables concernant la prise de décision qui s'impose et la façon de procéder.

Nombre de participants au dialogue ont également plaidé pour la préparation et la mise à profit simultanée des occasions offertes au niveau intergouvernemental, gouvernemental, régional et à l'échelle des cabinets ou des cliniques. Bien que certains participants au dialogue croient que la durée des cycles de nos politiques est de 30 ans et que d'autres croient plutôt qu'ils sont de dix ans, la plupart d'entre eux s'accordaient néanmoins pour dire qu'on a raté une occasion la dernière fois qu'on a prêté une attention importante aux systèmes de soins de santé primaires (avec le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires et l'Accord des premiers ministres qui remonte au début de l'an 2000) et que l'attention avait plutôt porté sur les temps d'attente, les pénuries de médecins ainsi que d'autres dossiers (et plus récemment sur le scandale lié à la cybersanté et la grippe A [H1N1]). Ils ont affirmé que les efforts doivent être dirigés vers la préparation et la mise à profit des prochaines occasions.

Au niveau intergouvernemental, les participants ont souligné l'occasion offerte par la renégociation prochaine du Transfert canadien en matière de santé, qui arrivera à échéance en 2014. Ils ont également fait observer les occasions offertes qui se présenteront durant les prochaines conférences des ministres et des sous-ministres ainsi que la reconnaissance accrue du fait que certaines autres priorités ne seraient pas respectées sans l'existence d'un solide système de soins de santé primaires. Les questions qu'on soulèverait au sujet des raisons pour lesquelles le dernier investissement de 800 millions de dollars sur cinq ans (par l'intermédiaire du

Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires) n'a pas rapporté constituent un des défis repérés au niveau intergouvernemental. Et si même un important investissement comme celui-là n'était qu'un petit levier grâce auquel on favorise le changement d'un système de soins de santé primaires de 40 milliards de dollars? Un deuxième défi tient de la réelle possibilité que, du moins sous le gouvernement fédéral actuel, aucune nouvelle initiative favorisant le changement des systèmes de santé ne sera mise en œuvre, hormis la renégociation du Transfert canadien en matière de santé. Un troisième défi surgira lorsque des questions très difficiles seront posées pour savoir si nous en avons eu pour notre argent. Les premiers ministres et les ministres de la Santé voudront connaître les avantages, les inconvénients et les coûts des structures de gestion de rechange pour l'avenir – structures de gestion, ententes de financement (y compris l'embauche de personnel payé par une entité externe dans les cabinets ou les cliniques), les mesures du rendement et la rétroaction visant à soutenir l'amélioration de la qualité (y compris les dossiers médicaux électroniques), les processus de gestion du changement et une plateforme de partage des connaissances et de communication – ainsi que les possibles barrières à la mise en œuvre des stratégies pour les surmonter.

Au niveau gouvernemental, les participants ont fait remarquer l'occasion (et les risques) que représentent les déficits publics (qui pourraient stimuler des changements de système et non seulement des compressions budgétaires), les élections, le renouvellement des ententes de financement, la planification de nouvelles initiatives stratégiques directement ou indirectement liées aux soins de santé primaires, la tenue de consultations au sujet des soins de santé primaires, telles que celles qui se tiennent actuellement au Québec, le déblocage et la réaffectation des fonds de l'Inforoute Santé du Canada et le recentrement (espéré) de ces derniers pour s'assurer que tous les fournisseurs de soins de santé primaires utilisent les dossiers médicaux électroniques ainsi que les pénuries de ressources humaines qui nous menacent en raison du vieillissement de la main-d'œuvre. Les déficits publics, qui se sont aggravés au Québec en raison de l'« harmonisation de ses livres », après quoi les déficits des hôpitaux et les déficits régionaux se sont retrouvés dans l'état financier du gouvernement, fournissent une occasion seulement si les politiciens disposent de solides arguments fondés sur des données probantes issues de la recherche et de l'expérience réelle, et selon lesquels ils tireront parti si nous faisons les choses différemment plutôt qu'en faisant peu de choses. Les élections, telles que celles en Nouvelle-Écosse, qui a permis la mise en place d'un gouvernement majoritaire après une longue période de gouvernements minoritaires successifs, représentent une occasion de réévaluer la mesure dans laquelle les juridictions sont comparables (en particulier les forces) et ce qu'on devrait faire (les lacunes) dans l'avenir. Les préparations aux renouvellements des ententes de financement fournissent l'« espace » nécessaire pour qu'un gouvernement réfléchisse à ce qu'il veut réaliser dans le nouveau paysage laissé par les anciennes ententes; en Ontario, cela a mené à la mise sur pied de nombreuses équipes de santé familiale et à l'inscription de plus de la moitié des Ontariens ainsi qu'au repérage des problèmes potentiels à écarter (p. ex., la sous-utilisation des services dans les cabinets ou les cliniques payés par capitation plutôt qu'à l'acte).

DÉLIBÉRATION AU SUJET DE PROCHAINES ÉTAPES À SUIVRE POUR LES DIFFÉRENTES CIRCONSCRIPTIONS

Un certain nombre de participants au dialogue ont mentionné que les organismes pour lesquels ils travaillent ou les groupes auxquels ils sont affiliés ont déjà élaboré des plans pour intensifier leur engagement à l'égard de l'amélioration de l'accès aux systèmes de soins de santé primaires durables et de grande qualité au sein des systèmes de santé fédéral, provinciaux et territoriaux. D'autres groupes ont reconnu le besoin de plans d'action pour guider les efforts de ces systèmes de santé visant à renforcer les soins de santé primaires. Certains planifient de travailler en collaboration avec des régies régionales de la santé, afin d'explorer la possibilité d'implanter des structures de gestion qui orientent et soutiennent le processus de renforcement du système de soins de santé primaires. D'autres prévoient de réfléchir à une nouvelle approche aux ententes de financement et à l'établissement de celles-ci. D'autres encore sont engagés à améliorer les mesures de rendement et la rétroaction visant à soutenir l'amélioration de la qualité, y compris la défense de l'utilisation à plus grande échelle des dossiers médicaux électroniques dans les cabinets ou les cliniques de soins de santé primaires. Peu de participants se sont centrés sur les processus de gestion du changement, et seul le groupe de travail sur les soins de santé primaires est reconnu pour fournir de petits efforts pour élaborer une plateforme

de partage des connaissances et de communication. Afin de que véritables changements se produisent, il est apparu clair au moins aux yeux de quelques participants au dialogue qu'une coalition nationale des organismes et des groupes d'intérêt était nécessaire pour augmenter les synergies et éviter la duplication.