



Santé Canada Health Canada

DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE


Le Fonds pour l'adaptation des services de santé

SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

Les soins primaires

Canada





Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

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

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

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

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Tél : (613) 954-5995
Télec. : (613) 941-5366

Ce document est offert sur le site Web de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca>

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002

Cat. H13-6/2002-3
ISBN 0-662-66306-3

Le **Fonds** pour 
l'adaptation
des **services** de **santé**

SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

Les soins primaires

Ann L. Mable et John Marriott

Marriott Mable



Ce rapport s'inscrit dans une série de dix rapports faisant la synthèse des résultats de projets du FASS dans les domaines suivants : les soins à domicile, les questions pharmaceutiques, les soins primaires, la prestation de services intégrés, la santé des Autochtones, la santé rurale/télésanté, la santé mentale, la santé des enfants et la santé des personnes âgées. Le dixième document est une analyse générale. Tous ces documents sont disponibles sur le site Web du FASS (www.hc-sc.gc.ca/htf-fass), qui présente également de l'information sur chacun des projets du FASS.

Condensé

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), issu d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a été créé à même le budget fédéral de 1997 pour encourager et appuyer le processus décisionnel fondé sur les faits dans le cadre de la réforme des soins de santé. Entre 1997 et 2001, le FASS a financé environ 140 projets pilotes et études d'évaluation dans l'ensemble du Canada. Afin de communiquer aux décideurs les constatations faites par les chercheurs dans le cadre des projets, des experts ont synthétisé les principaux résultats relatifs aux processus et aux situations dans neuf domaines bien distincts : les soins à domicile, l'assurance-médicaments, les soins primaires ou soins de santé primaires, la prestation de services intégrés, la santé des enfants, la santé des Autochtones, la santé des personnes âgées, la santé dans les régions rurales et la télésanté, et la santé mentale. Le présent document résume les principales notions acquises à la faveur de 65 projets ayant porté sur les soins primaires. Il a été préparé par Ann L. Mable et John Marriott de Marriott Mable.

Les soins primaires au Canada

Au Canada, les soins de santé primaires sont généralement le premier point d'entrée dans le système de santé. À l'intérieur de ce système, ils sont reliés à d'autres secteurs de soins spécialisés, comme les services communautaires, dont ils assurent souvent la coordination et vers lesquels ils orientent les patients. Les soins primaires, modèle médical de réponse face à la maladie, s'inscrivent dans le concept plus général des soins de santé primaires. Ces derniers, qui reconnaissent les déterminants de la santé plus généraux, comprennent la coordination, l'intégration et l'élargissement des systèmes et des services afin de mieux veiller sur la santé de la population, d'offrir plus de programmes de prophylaxie et de mener plus d'activités de promotion de la santé, sans nécessairement passer par les médecins. Les soins de santé primaires encouragent à utiliser au mieux tous les intervenants en matière de santé, afin de maximiser

les possibilités qu'offrent toutes les ressources du secteur de la santé. Aux fins du présent document, les organisations qui présentent les caractéristiques suivantes seront appelées organisations de soins de santé primaires : participation et choix des citoyens, contrôle, médecine de groupe, équipes d'intervenants multidisciplinaires et interdisciplinaires, listes de patients, financement par capitation, services essentiels complets (comprenant la promotion de la santé et la prévention des maladies, les diagnostics et le traitement, les soins d'urgence, une couverture 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et la gestion des maladies chroniques), systèmes d'information (y compris des dossiers médicaux électroniques), accent sur la qualité, et possibilité d'intégration verticale.

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) a examiné 65 projets consacrés au secteur des soins de santé primaires. Quatre d'entre eux sont une compilation des rapports de projets pilotes réalisés dans 25 endroits, sur un total de 86. Des conclusions importantes et pertinentes ont été examinées relativement à trois thèmes : les modèles et éléments, le renforcement des capacités et le lien avec le cadre d'évaluation du FASS. Les conclusions relatives à la médecine de groupe et aux équipes multidisciplinaires sont examinées du point de vue des ressources humaines en santé. Plusieurs provinces ont réussi à associer la plupart des éléments essentiels des modèles pilotes de soins de santé primaires, voire tous, et essayé de maximiser le potentiel de leur interaction dans le temps. La Colombie-Britannique et l'Ontario sont les deux provinces qui ont le mieux réussi à combiner la plupart des éléments sous une forme ou une autre. La Nouvelle-Écosse voulait essayer un financement mixte par capitation, mais elle a choisi, comme Terre-Neuve, de collaborer avec les médecins sur d'autres régimes de paiement antérieurs. Des résultats similaires ont été obtenus dans une équipe mobile de soins de santé primaires en Alberta et dans l'organisation des soins de santé primaires de la Première nation Eskasoni en Nouvelle-Écosse.

Les éléments des modèles de soins de santé primaires ont été appliqués avec des variantes. Le gouvernement de la Colombie-Britannique a établi des listes initiales en examinant les dossiers de facturation des patients,

dans le but d'alléger la charge administrative des intervenants. En Ontario, les patients et les nouvelles organisations ont profité d'entretiens dans le cadre d'une inscription officielle. La participation des citoyens a permis d'améliorer les relations entre les patients et les intervenants, qui ont été évaluées par des sondages sur la satisfaction, et le financement par capitation a donné lieu à trois approches. En Colombie-Britannique, la formule de financement par capitation, rajusté en fonction de l'âge et du sexe, comprenait un autre ajustement pour les patients malades. En Ontario, une des approches est similaire à celle de la Colombie-Britannique, et une autre utilise la capitation pour plafonner la facturation des médecins payés à l'acte. Bien que cette dernière méthode facilite l'adaptation des médecins au nouveau modèle, elle risque moins de les inciter à passer davantage de temps de qualité avec leurs patients. Tous les projets soulignaient l'importance des systèmes intégrés de gestion et des systèmes de données cliniques, y compris la création d'un dossier médical électronique commun. Des initiatives ont été prises dans ce sens avec plus ou moins de succès. Une étude portant sur l'information à plus grande échelle a révélé que l'on avait bien du mal à relier les données des assurances-maladie provinciales et territoriales nécessaires à l'évaluation nationale, provinciale, territoriale et régionale des soins de santé primaires.

Plusieurs projets visaient à proposer des renseignements, des approches et des outils supplémentaires pour renforcer ou constituer les capacités nécessaires dans les soins de santé primaires. L'élaboration de lignes directrices pour le cancer de la prostate au Québec a permis, dans une certaine mesure, de réduire le nombre d'analyses en laboratoire. Une évaluation des soins de santé primaires en Alberta a produit des indicateurs utiles et a été l'occasion de rédiger un manuel d'évaluation de la technologie de l'information. En mettant l'accent sur les populations, il a été possible d'obtenir une collaboration intersectorielle et d'établir des liens pour faciliter l'intégration fonctionnelle. Un certain nombre d'initiatives visaient à mettre sur pied et (ou) à évaluer des programmes pour des populations souffrant de maladies chroniques. Un projet de l'Alberta sur le diabète a permis de ramener de 64 à 22 p. 100 le pourcentage de

participants souffrant d'hyperglycémie incontrôlée. Un projet de la Nouvelle-Écosse, qui intégrait des professionnels de la santé mentale dans le lieu où étaient dispensés les soins de santé primaires, a permis de réduire les délais d'attente de cinq à sept semaines et de diminuer le nombre des consultations en urgence. Plusieurs projets se concentraient sur des populations à risque. L'un d'eux a permis de faire augmenter le taux de vaccination dans une population autochtone en communiquant mieux avec les familles. Des pharmaciens ont pu travailler en partenariat avec des médecins et des personnes âgées afin d'aider ces dernières à mieux suivre les prescriptions médicales, d'évaluer la pertinence des médicaments prescrits et de formuler des recommandations à cet égard. D'autres initiatives ont permis d'améliorer les services offerts aux personnes atteintes de maladies mentales, aux victimes de violence et aux personnes vivant en milieu agricole. Les nouveaux modèles de soins de santé primaires et divers aspects des initiatives visant à renforcer les capacités ont généralement fourni des faits et un appui relativement aux six dimensions du cadre d'évaluation national du FASS : l'accès, la qualité, l'intégration, les résultats sur le plan de la santé, la rentabilité et la transférabilité.

Les ressources humaines du secteur de la santé voient leurs rôles évoluer. La tendance à la médecine de groupe et aux équipes multidisciplinaires démontre l'influence de la réforme des soins de santé primaires dans cette évolution. Les changements dans l'exercice de la médecine, l'évolution des relations de travail et les nouveaux rôles potentiels qui se dessinent suscitent beaucoup de questions. Certains projets approuvent le rôle de soignantes de première ligne que jouent les infirmières en milieu rural et dans les régions éloignées, et l'évolution de leur place au sein des équipes dans les organisations de soins de santé primaires. Les patients, les médecins et les gouvernements, qui modifient les lois pour les autoriser à prescrire des traitements, rendent hommage aux infirmières praticiennes. Dans les nouvelles organisations de soins de santé primaires, les médecins passent de l'exercice individuel de leur profession à la médecine de groupe, créant ainsi des milieux collégiaux, plus sûrs et plus positifs, propres à améliorer la qualité de vie professionnelle et personnelle des intervenants.

Ces avantages potentiels valent tout autant dans le cas des équipes multidisciplinaires. Plusieurs projets, qui visaient à étudier en détail, à définir et (ou) à mettre en place une collaboration professionnelle, ont donné des résultats généralement satisfaisants. Bien que les expériences avec des intervenants autres que les infirmières ou les médecins soient prometteuses, il reste beaucoup à faire pour maximiser leurs rôles potentiels et les avantages éventuels en ce qui concerne les soins de santé primaires.

Beaucoup de projets ont démontré les possibilités d'approches de la santé de la population au cœur des soins de santé primaires. Les projets pilotes réalisés en Colombie-Britannique s'appuyaient sur une approche démographique pour recueillir des données qui faciliteraient la planification et l'évaluation de services. Bon nombre de projets ont élaboré des lignes directrices ou des programmes pour des populations précises. Plusieurs de ces initiatives étaient menées en collaboration et faisaient intervenir des fournisseurs de soins primaires, des intervenants d'autres secteurs de la santé et, dans certains cas, le personnel de secteurs extérieurs à la santé, comme le personnel du système éducatif.

Les recommandations suivantes ont plusieurs conséquences pour les politiques et les pratiques :

- Projets pilotes ou mise en œuvre : Les nouveaux modèles de soins de santé primaires reposent sur une expérience et sur des principes organisationnels solides et devraient donc être mis en œuvre.
- Un ou plusieurs modèles : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient envisager une politique qui accepte les modèles existants et les nouveaux, à titre provisoire ou permanent, dans le cadre des soins de santé primaires.
- Lignes directrices pour la mise en œuvre des modèles : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que les professionnels de la santé, entre autres, devraient élaborer des lignes directrices pour la mise en œuvre des nouveaux modèles et prévoir la possibilité d'approches progressives et rationalisées pour ceux qui sont capables d'agir rapidement.
- Ordinateurs, systèmes d'information et télésanté : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient envisager d'étudier plus avant les besoins en matière de systèmes d'information, y compris de dossiers médicaux électroniques, afin de définir des choix possibles et viables.
- Simplicité administrative : Les gouvernements doivent veiller à ce que les programmes soient administrés de façon efficace et opportune, notamment en ce qui concerne les intervenants et le personnel des nouvelles organisations.
- Travail en collaboration : Il faut surmonter les obstacles notamment systémiques, y compris les problèmes de compétence, de réglementation et de financement.
- Formation commune des intervenants : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient appuyer les recommandations en la matière.
- Soins infirmiers : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi que d'autres parties intéressées devraient entreprendre de définir des normes nationales en ce qui a trait à la terminologie et aux fonctions des infirmières et des autres intervenants en matière de santé qui ne sont pas des médecins.
- Autres intervenants : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient définir des normes nationales en ce qui concerne les rôles et contributions des organisations qui dispensent des soins de santé primaires.
- Appui à la formation permanente : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient réfléchir à des façons d'appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'approches novatrices.
- Élaboration de lignes directrices et de programmes pour la pratique clinique : Les organismes qui subventionnent la recherche et d'autres organismes de financement devraient continuer d'appuyer le développement de ce secteur.
- Information du public : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient prendre des initiatives en matière d'information du public et ce,

à propos de tous les aspects de la réforme des soins de santé primaires et des modèles envisagés.

- Exemples de réussite : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient collaborer avec des initiatives et des organisations afin de faire connaître des exemples de réussite.
- Services urgents ou d'urgence : Un groupe de travail comprenant des représentants des professions de la santé et des universités devrait examiner la politique et la pratique en ce qui concerne les soins urgents par opposition aux soins d'urgence.
- Liens en matière d'information et normes relatives aux données : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient s'intéresser à l'incompatibilité entre les codes provinciaux et territoriaux concernant les médecins et les sorties d'hôpital ainsi qu'à d'autres données nécessaires pour évaluer les soins de santé primaires au Canada.

Le regain d'attention dont les soins de santé primaires font l'objet depuis peu arrive à point nommé. Les expériences des initiatives du FASS confirment que les avantages possibles pour les intervenants en matière de santé, les organisations du secteur de la santé, les gouvernements et les autres parties intéressées sont tels que les coûts d'option sont trop élevés pour qu'on les ignore. Plus important encore, les avantages potentiels que présentent le retour à un bon état de santé et son maintien en font une priorité nationale. C'est grâce à ces expériences que l'on peut progresser dans les soins de santé primaires.

Préface

Au Canada, depuis quelques années, on examine attentivement le système de santé afin d'en améliorer la qualité et la rentabilité. Les restrictions budgétaires et l'évolution démographique poussent à étudier de près des moyens devant permettre de rendre ce système plus efficace, tout en garantissant des services de grande qualité à la fois abordables et accessibles. Dans ce contexte, il était nécessaire de réunir plus de données issues de l'étude d'approches et de modèles de soins de santé concluants ou non. En réponse à cette demande de données et pour donner suite à la recommandation du Forum national sur la santé, la création du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) a été annoncée dans le budget fédéral de 1997 afin d'encourager et de soutenir des décisions reposant sur les faits dans la réforme des soins de santé.

Le FASS, fruit d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a financé 141 projets pilotes et études d'évaluation réalisés dans l'ensemble du Canada entre 1997 et 2001, pour un coût total de 150 millions de dollars. De cette somme, 120 millions ont servi à financer des projets provinciaux et territoriaux et le reste, soit 30 millions, a été affecté aux initiatives nationales. Le Fonds a ciblé des initiatives dans quatre domaines prioritaires : les soins à domicile, les produits pharmaceutiques, les soins de santé primaires et la prestation des services intégrés. Chemin faisant, d'autres sujets importants sont apparus en plus des quatre thèmes originaux, notamment : la santé des Autochtones, la santé et la télésanté en milieu rural, la santé des personnes âgées, la santé mentale et la santé des enfants.

Les projets du FASS sont terminés au printemps 2001. Afin de communiquer aux décideurs les données recueillies pendant leur réalisation, on a demandé à des experts de synthétiser les enseignements clés tirés du processus et des résultats pour chacun des thèmes retenus. Le présent document résume donc les principales leçons tirées des projets qui portaient sur les soins primaires. Il a été préparé par Ann L. Mable et John Marriott de Marriott Mable.

Nature unique des projets du FASS

Le FASS était tout à fait différent des organisations canadiennes qui financent les recherches en santé, telles les instituts de recherche en santé du Canada et celle d'avant, le Conseil de recherches médicales du Canada.

- Le FASS était un fonds à durée déterminée. Autrement dit, les projets devaient être conçus, financés, mis en œuvre et évalués en l'espace de quatre ans, ce qui est très court lorsque l'on parle de réforme.
- Le FASS était déterminé par les exigences politiques. Les décideurs qui participaient au processus de sélection, voulaient se concentrer sur certaines questions en suspens sur les quatre thèmes, dans l'espoir que les résultats apportent des faits ou aident à définir l'orientation future des politiques et des programmes.

Afin d'encourager les projets à traiter certaines questions et à produire des résultats utiles aux décideurs, le FASS a défini un cadre d'évaluation comportant six éléments (accès, qualité, intégration, résultats sur le plan de la santé, rentabilité et transfert). Chaque projet devait formuler un plan d'évaluation visant autant de ces éléments que nécessaire. De plus, tous les projets du FASS devaient comporter un plan de diffusion des données (qui serait financé) afin de s'assurer que les résultats seraient effectivement communiqués à ceux qui pouvaient en faire le meilleur usage. En plus de ces plans de diffusion individuels, le Secrétariat du FASS applique une stratégie de diffusion nationale dont ces documents de synthèse sont une des composantes. Cet accent mis sur l'évaluation (enseignements tirés systématiquement de l'expérience acquise dans le cadre des projets pilotes) et la diffusion (partage actif des résultats) était unique à cette échelle.

La plupart des projets nationaux ont été choisis par un comité intergouvernemental à la suite d'un appel de propositions public. Quant aux initiatives provinciales et territoriales, elles ont été soumises par les provinces et les territoires pour une approbation bilatérale avec le gouvernement fédéral. Pour les deux types de projets, des dossiers ont été présentés non seulement par des universitaires ou des chercheurs

travaillant en milieu hospitalier, mais aussi par des groupes non traditionnels, comme quelques organisations autochtones, des groupes communautaires et des régions sanitaires isolées. Des groupes qui avaient rarement, voire jamais, pensé recherche, données, évaluation et diffusion ont commencé à le faire, ce qui était de bon augure pour une meilleure compréhension et une meilleure collaboration entre les gouvernements, les organisations prestataires et les chercheurs. La participation des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans le processus de sélection a permis de s'assurer que les projets portaient sur des questions qui préoccupaient particulièrement chaque province ou territoire. De même, les thèmes traités étaient très variés et, dans l'ensemble, les projets n'en ont pas fait un examen définitif, ce qui n'était d'ailleurs jamais prévu.

Ce ciblage unique et ce processus de sélection particulier confèrent certaines caractéristiques à l'ensemble des projets du FASS. Ceux qui ont été financés représentent de bonnes idées qui ont été avancées, mais ils ne brossent pas un tableau complet de tous les problèmes et de toutes les solutions possibles dans chacun des thèmes traités. À cause des délais relativement courts, il n'a pas été possible de mener à bien beaucoup de projets louables, et les résultats sont préliminaires ou incomplets. Il faudra sans doute plusieurs années avant que l'on sache vraiment si certains projets ont fait une différence, et leur poursuite comme leur évaluation incombent à d'autres. Les leçons que l'on peut tirer des nombreux projets du FASS au sujet de la gestion du changement, en examinant les batailles et les défis qu'ils ont rencontrés dans la mise en œuvre et l'évaluation de nouvelles approches par rapport à des questions déjà anciennes relatives aux soins de santé, sont peut-être ce qu'il y a de plus précieux dans tout le processus.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Hollander Analytical Services Ltd. de l'aide qu'ils leur ont apportée dans la préparation du présent document. La série de synthèses du FASS a été demandée par Santé Canada et gérée par Hollander Analytical Services Ltd. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement la politique officielle des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Table des matières

| | |
|---|-----|
| Condensé | i |
| Les soins primaires au Canada | i |
| Préface | v |
| Nature unique des projets du FASS | v |
| Remerciements | vi |
| Table des matières | vii |
| Liste des tableaux | ix |
| 1. Contexte | 1 |
| 1.1 Arrière-plan : perspectives d'expansion | 1 |
| 1.2 Influences systémiques et priorités actuelles | 2 |
| 2. Aperçu des études du FASS | 4 |
| 3. Conclusions importantes et pertinentes | 6 |
| 3.1 Modèles et éléments : réforme organisationnelle ou opérationnelle | 6 |
| 3.1.1 Combinaison des éléments | 6 |
| 3.1.2 Choix des patients et création de listes | 7 |
| 3.1.3 Participation des citoyens | 8 |
| 3.1.4 Financement | 9 |
| 3.1.5 Systèmes d'information et technologie | 11 |
| 3.2 Renforcement des capacités des soins de santé primaires | 12 |
| 3.2.1 Directives et autres outils | 12 |
| 3.2.2 Populations atteintes de maladies chroniques | 12 |
| 3.2.3 Populations à risque | 13 |
| 3.2.3.1 Familles/mères/enfants | 14 |
| 3.2.3.2 Violence | 14 |
| 3.2.3.3 Les médicaments et les personnes âgées | 14 |
| 3.2.3.4 Milieu agricole | 15 |
| 3.2.3.5 Salles d'urgence et services de soins primaires | 15 |
| 3.3 Lien avec le cadre d'évaluation du FASS | 15 |
| 3.3.1 Accès | 15 |
| 3.3.2 Qualité | 15 |
| 3.3.3 Intégration | 16 |
| 3.3.4 Résultats pour la santé | 16 |
| 3.3.5 Rentabilité | 16 |
| 3.3.6 Transférabilité | 17 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4. | Ressources humaines en santé | 17 |
| 4.1 | Les infirmières | 17 |
| 4.1.1 | Les différents rôles des infirmières | 18 |
| 4.1.2 | Élargir le cadre des fonctions | 18 |
| 4.2 | Les médecins | 20 |
| 4.3 | Médecine de groupe : équipes multidisciplinaires et soins coopératifs | 21 |
| 4.4 | Autres intervenants | 22 |
| 5. | Santé de la population et conséquences intersectorielles | 23 |
| 6. | Répercussions sur la politique et la pratique | 25 |
| 6.1 | Projets pilotes ou mise en œuvre? | 25 |
| 6.2 | Un ou plusieurs modèles? | 26 |
| 6.3 | Lignes directrices pour la mise en œuvre des modèles | 26 |
| 6.4 | Ordinateurs, systèmes d'information et télésanté | 26 |
| 6.5 | Simplicité administrative | 26 |
| 6.6 | Travail en collaboration | 27 |
| 6.7 | Formation commune des intervenants | 27 |
| 6.8 | Soins infirmiers | 27 |
| 6.9 | Autres intervenants | 27 |
| 6.10 | Appui à la formation permanente | 28 |
| 6.11 | Lignes directrices et élaboration de programmes pour la pratique clinique | 28 |
| 6.12 | Information du public | 28 |
| 6.13 | Exemples de réussite | 28 |
| 6.14 | Services d'urgence ou de soins d'urgence mineure | 29 |
| 6.15 | Liens en matière d'information et normes relatives aux données | 29 |
| 6.16 | Situations et besoins particuliers des populations | 29 |
| 7. | Recommandations et conclusion | 30 |
| 7.1 | Projets pilotes ou mise en œuvre? | 30 |
| 7.2 | Un ou plusieurs modèles? | 30 |
| 7.3 | Lignes directrices et appui pour la mise en œuvre des modèles | 30 |
| 7.4 | Ordinateurs, systèmes d'information et télésanté | 31 |
| 7.5 | Simplicité administrative | 31 |
| 7.6 | Travail en collaboration | 31 |
| 7.7 | Formation commune des intervenants | 31 |
| 7.8 | Soins infirmiers | 31 |
| 7.9 | Autres intervenants | 31 |
| 7.10 | Appui à la formation permanente | 31 |
| 7.11 | Lignes directrices et élaboration de programmes pour la pratique clinique | 32 |

| | | |
|------|---|----|
| 7.12 | Information du public | 32 |
| 7.13 | Exemples de réussite | 32 |
| 7.14 | Services d'urgence ou de soins d'urgence mineure | 32 |
| 7.15 | Liens en matière d'information et normes relatives aux données | 32 |
| 7.16 | Gestion de la transition | 32 |
| 7.17 | Conclusion | 32 |
| | Ouvrages de référence | 33 |
| | Annexe A : Liste des projets du FASS touchant les soins primaires | |
| | Liste des tableaux | |
| | Tableau 1 : Nombre et lieu de réalisation des projets du FASS | 4 |
| | Tableau 2 : Principaux types de projets du FASS | 5 |
| | Tableau 3 : Les déterminants de la santé | 23 |



1. Contexte

1.1 Arrière-plan : perspectives d'expansion

Au Canada, les soins de santé primaires sont généralement le premier point d'entrée dans le système de santé. À l'intérieur de ce système, ils sont reliés à d'autres secteurs de soins spécialisés dont ils assurent souvent la coordination et vers lesquels ils orientent les patients. De plus en plus, les établissements où sont dispensés les soins de santé primaires assurent également des liaisons avec les services communautaires. L'intérêt actuel que l'on porte à ce type de soins offre l'occasion de les renouveler et de les améliorer; il est également le point de départ d'une réforme de l'ensemble du système de santé, tant à l'intérieur qu'au-delà de ses limites traditionnelles.

La réflexion actuelle sur les soins de santé primaires est influencée par un certain nombre de facteurs, y compris des changements survenus dans les conditions et les perspectives, de nouveaux enjeux se présentant en matière de santé et de système de santé. Les leçons apprises au fil du temps se retrouvent dans de nouveaux principes, de nouvelles stratégies et de nouvelles structures organisationnelles. Dans la conjoncture actuelle, il est question de clarifier en quoi consistent les soins primaires et les soins de santé primaires ou de les différencier. Le problème est que ces termes sont souvent utilisés indifféremment. Cela tient en partie aux distinctions entre les pratiques antérieures du système de santé, qui comprenait une vision traditionnelle des soins primaires, et la notion systémique plus récente qui en élargit la portée et que l'on désigne sous le nom de soins de santé primaires.

De tout temps, les soins primaires ont représenté le modèle médical traditionnel de réponse aux maladies et aux responsabilités qui en découlent : « Les soins de santé primaires consistent à évaluer le patient à la suite d'un premier contact et à dispenser des soins continus pour le traitement d'un vaste éventail de problèmes de santé. Les soins de santé primaires

comprennent le diagnostic, le traitement et la gestion des problèmes de santé, la prévention et la promotion de la santé, de même qu'un soutien constant combiné à des interventions familiales ou communautaires, s'il y a lieu. » (Association médicale canadienne, 1994) À l'intérieur de ce modèle, au Canada, le service est principalement dispensé par un médecin pratiquant seul en cabinet privé ou par un groupe de médecins B omnipraticiens et (ou) médecins de famille B qui sont généralement rémunérés à l'acte. Quand on parle de soins primaires, on pense d'ordinaire aux omnipraticiens et (ou) aux médecins de famille et à leurs contacts avec les patients. Leur réforme est souvent associée à l'étude des conditions dans lesquelles les médecins travaillent (p. ex. : le passage à la médecine de groupe) et sont rémunérés, et au passage à des formules autres que la rémunération à l'acte (p. ex. : capitation, salaire ou combinaison des deux).

Depuis quelque temps, on attache une plus grande importance à la santé de la population. Il se dessine également une définition plus large des soins de santé primaires, qui prennent une importance croissante au sein du système de soins de santé en général. La santé de la population inclut les facteurs déterminants de l'état de santé, c'est-à-dire les éléments connus pour avoir une influence sur la santé des personnes, des populations et des collectivités. Il s'agit, en fait, de divers facteurs : les conditions de travail, le milieu physique, l'éducation, le revenu, l'emploi, la capacité d'adaptation, les réseaux de soutien social, le mode de vie et les comportements personnels influant sur la santé et, enfin, mais non des moindres, l'incidence du système de soins de santé dans sa réponse aux besoins en matière de santé (Forum national sur la santé, 1997; Marriott et Mable, 1999; Santé Canada, 2001).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a repris cette orientation élargie dans la Déclaration d'Alma-Ata (Organisation mondiale de la santé, 1978), qui évoque la capacité curative ou de réaction face aux maladies des soins primaires traditionnels et va au-delà en énumérant un certain nombre de principes et d'éléments des soins de santé primaires. En résumé, les soins de santé primaires comprennent le diagnostic et le traitement, mais leur portée est plus vaste. Ils incluent la coordination, l'intégration et l'expansion

des systèmes et des services, de manière à offrir plus de services de santé à la population et de services de santé publique, sans que ces services soient nécessairement ceux dispensés par des médecins. Ils encouragent une meilleure utilisation de tous les intervenants en matière de santé de façon à maximiser le potentiel de toutes les ressources en santé du système. Dans le présent document, les organisations qui présentent ces caractéristiques sont désignées sous le nom d'organisations de soins de santé primaires.

1.2 Influences systémiques et priorités actuelles

Les perspectives élargies en ce qui concerne les soins de santé primaires sont influencées par diverses initiatives canadiennes et internationales qui visent à cerner les problèmes systémiques qui se posent sur le plan des politiques, des programmes et de l'organisation, et à y remédier. Au Canada, le comité consultatif fédéral, provincial, territorial (FPT) sur les services de santé a mené, en 1996, des consultations régionales et nationales auprès des gouvernements, des professionnels, des universitaires, des Autochtones et d'autres citoyens et intervenants. Les participants ont cerné plusieurs problèmes relatifs aux patients et aux intervenants dans le système de soins de santé primaires, notamment :

- la fragmentation des soins et des services;
- le manque d'importance accordée à la santé, les obstacles à l'accès;
- la nécessité de sensibiliser et d'éduquer le public; et
- les défaillances de l'échange, du partage, de la collecte et de la gestion de l'information.

Parmi les autres problèmes systémiques essentiels généralement mentionnés, citons :

- la responsabilisation des patients et des intervenants;
- la répartition inégale des ressources;
- le décalage des mesures d'incitation, en particulier de la rémunération à l'acte, qui récompense les soins en cas de maladie et les soins ponctuels;

- le manque systémique de latitude dans les cas où un soutien est nécessaire pour favoriser l'innovation dans les approches ou l'amélioration organisationnelle, selon la situation et les besoins locaux; et
- l'attention insuffisante accordée à certains intervenants, en particulier dans les régions rurales et éloignées, et à des groupes tels que les Premières nations.

À partir de là, plusieurs priorités se sont fait jour.

Pour faire face aux problèmes et aux objectifs systémiques, des initiatives provinciales et nationales ont été prises afin d'analyser les caractéristiques importantes de la réforme des soins de santé primaires, d'en cerner les éléments essentiels et de déterminer les méthodes qui pourraient fonctionner et celles qui devraient être modifiées. La consultation FPT de 1996 a permis de cerner plusieurs caractéristiques des soins de santé primaires, y compris :

- la souplesse;
- l'importance accordée à la santé;
- l'attention centrée sur la clientèle;
- l'intervenant au choix du patient, la coordination et l'information;
- les soins dispensés par une équipe interdisciplinaire; et
- la responsabilisation des citoyens, des intervenants et du gouvernement.

En 1997, le Forum national sur la santé s'est déclaré favorable au passage à un système de santé plus intégré fondé sur les soins primaires et prévoyant, notamment, la réorientation du financement vers les patients plutôt que vers les services et une formule de rémunération qui favorise un continuum de services préventifs et de traitement, qui encourage l'utilisation d'équipes d'intervenants multidisciplinaires et qui ne repose pas sur le volume des services dispensés par les médecins (Forum national sur la santé, 1997).

Beaucoup de pays, dont le Canada, prennent diverses initiatives mettant l'accent sur la conception, la mise en œuvre et l'amélioration de modèles organisationnels de réforme des soins de santé primaires qui intègrent bon nombre des éléments essentiels de soins primaires proposés (Marriott et Mable, 2000) :

- Souci du patient;
- La participation des citoyens à leurs soins et à la planification, et un rôle accru dans la gestion;
- Les citoyens choisissent le fournisseur et (ou) l'organisation prestataire de soins de santé primaires, élément renforcé par l'expérience internationale;
- Interaction croissante des intervenants;
- Un contrôle qui comprend la restriction de l'accès aux spécialistes ou aux soins hospitaliers exigeant la recommandation d'un médecin de premier recours, sauf en cas d'urgence. (L'accès direct aux intervenants autres que des médecins n'est pas nécessairement limité par les contrôles);
- Les médecins travaillent en équipe dans un même endroit ou sont mis en « réseau » afin d'améliorer la qualité des soins (p. ex., dans les régions rurales ou éloignées) et la sécurité du médecin;
- Des équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires comprenant des infirmières praticiennes, des diététistes et d'autres intervenants;
- Piliers essentiels;
- L'établissement des listes de service, l'identification explicite des personnes qui ont choisi de recourir aux services d'un médecin, d'un autre intervenant et (ou) d'une organisation de soins primaires;
- Le financement par capitation pour la totalité ou un fort pourcentage de la rémunération, en se fondant sur le nombre, l'âge et le sexe des patients, entre autres caractéristiques;
- Des services de base complets comprenant la promotion de la santé et la prévention des maladies, le diagnostic et le traitement, les soins d'urgence,

un accès 24 heures sur 24, sept jours par semaine, et la gestion des maladies chroniques;

- L'information, y compris des dossiers médicaux électroniques, des systèmes de soutien décisionnel et des réseaux de soutien à la gestion permettant d'échanger et de transférer des données;
- Orientation et direction;
- La qualité, qui inclut l'examen et l'amélioration des pratiques, de l'information et des soutiens professionnels, de même que l'adaptation au public; et
- L'appui à une croissance vers une organisation de la santé verticalement intégrée, moyennant le renforcement des liens et de la coordination, ainsi que des responsabilités additionnelles et un financement supplémentaire pour les services de santé au-delà des soins primaires.

Une vision renouvelée des soins de santé primaires comporte des défis pour les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs en ce qui concerne le changement et la transition. Comment le Canada peut-il maximiser le potentiel de tous ses professionnels et de tous ses établissements de santé? Où est le « juste » équilibre entre la souplesse systémique/organisationnelle/opérationnelle et le respect des principes, des normes et des éléments fondamentaux? Comment un « système » de ressources qui varie considérablement d'une province à l'autre peut-il être rationalisé de manière à fonctionner le mieux possible avec les moyens dont il dispose, à soutenir tous ses professionnels de la santé et à répondre aux besoins de tous les Canadiens? Peut-on, par des réformes judicieuses, s'éloigner des programmes actuels pour s'orienter vers des projets pilotes ou des unités opérationnelles que l'on peut revoir au fil du temps (comme c'est le cas pour les éléments actuels du système de soins de santé)? Avec quelle rapidité les innovations doivent-elles faire leurs preuves et comment peut-on évaluer de nouveaux modèles dans une perspective de viabilité à long terme? Malgré les pressions immédiates et les exigences parfois lourdes des réformes, la stabilité et l'espoir sont nécessaires, en particulier pour ceux qui travaillent au sein du

système et ceux qu'il sert. Il faut faire preuve de vision et de leadership pour motiver et soutenir ceux qui sont prêts à aller de l'avant. Ce ne sont là que quelques-uns des défis à relever.

Les projets du FASS, dont le Forum national sur la santé était l'instigateur, sont une base importante pour l'édification d'un meilleur système de santé. Ils visent en priorité à améliorer l'organisation et le financement des services, ainsi que l'accès et les résultats pour les citoyens, sans oublier la qualité et la rentabilité, le tout pour parvenir à un meilleur système à l'échelle nationale. Ils cherchent avant tout à améliorer le milieu de travail de l'ensemble des ressources humaines du secteur de la santé. Les projets du FASS réunissent un ensemble d'expériences pratiques d'une grande richesse, qui ont été acquises en ce qui a trait aux méthodes, aux stratégies, aux interventions et aux analyses, et ce, à différents niveaux. Les sections suivantes du présent document donnent un aperçu des projets en soins de santé primaires du FASS, examinent les conclusions pertinentes et importantes en mettant l'accent sur les ressources humaines du secteur de la santé, analysent leurs incidences sur les politiques et les pratiques et, enfin, résument les recommandations et les conclusions.

2. Aperçu des études du FASS

Soixante-cinq rapports de projets consacrés au secteur des soins de santé primaires ont été examinés. Quatre d'entre eux sont une compilation des rapports de projets pilotes réalisés dans 25 endroits (sept en Colombie-Britannique, trois à Terre-Neuve, quatre en Nouvelle-Écosse et onze en Ontario) sur 86 au total. D'autres projets avaient, eux aussi, des incidences sur les soins de santé primaires, mais ils ne sont pas examinés dans le présent rapport car ils portaient principalement sur d'autres domaines, comme la santé des Autochtones, la prestation de services intégrée ou la santé rurale.

Le tableau 1 présente, en résumé, le nombre et le lieu de réalisation des projets. Huit d'entre eux (12 p. 100 du nombre total de projets) ont été désignés projets nationaux plutôt que provinciaux, car les approches étudiées correspondaient à plus d'une province.

Tableau 1 : Nombre et lieu de réalisation des projets du FASS

| Lieu de réalisation des projets | Nombre examiné | Pourcentage du total |
|--|----------------|----------------------|
| Projets nationaux | 8 | 12 % |
| Provinces atlantiques (T.-N., N.-É., I.-P.-É.) | 4 | 6 % |
| Provinces centrales (ONT., QUÉBEC) | 18 | 28 % |
| Provinces de l'Ouest (ALB., C.-B., SASK.) | 35 | 54 % |
| Total | 65 | 100 % |

En plus des 25 projets pilotes relatifs à l'organisation des soins de santé primaires (qui sont traités dans quatre rapports de projet), un projet albertain (AB 301-23) se qualifie de projet pilote, ce qui donne au moins 26 projets pilotes identifiés comme tels, c'est-à-dire 30 % des 86 projets. Pour les besoins de la présente synthèse, les projets du FASS sont regroupés selon leur nature principale puis examinés par thèmes prépondérants (voir tableau 2).

Tableau 2 : Principaux types de projets du FASS

Réforme organisationnelle ou opérationnelle (26)

- Nouveaux modèles de soins de santé primaires avec tous les éléments ou presque (7)
- Centres de santé communautaire (5)
- Prépondérance d'un ou de plusieurs éléments (14)

Renforcement des capacités B créer, mettre à l'essai et évaluer (39)

- Directives et autres outils (7)
- Projets éducatifs visant à maintenir et à améliorer la capacité des intervenants (5)
- Réponses aux populations identifiées par maladie (7) ou par risque (10)
- Participation des citoyens et (ou) développement communautaire (3)
- Recherche pour l'amélioration des soins de santé primaires (7)

Bien que nombre de projets aient porté sur des sujets similaires, notamment sur l'élargissement du rôle des infirmières, d'autres modes de rémunération des médecins ou l'utilisation de la technologie et de la télésanté, il y avait autant d'approches que d'endroits. Parmi les initiatives nationales figuraient un nouveau modèle de soins primaires pour la Première nation Eskasoni, l'essai de modèles de soins infirmiers, l'utilisation de téléc centres pour l'enseignement et une analyse approfondie des obstacles autres que financiers à l'accès aux services « médicalement nécessaires ». Les provinces ont opté pour diverses approches des soins de santé primaires. Ainsi, la Colombie-Britannique, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve ont mis sur pied des projets pilotes de réforme organisationnelle essayant différentes formules de rémunération des médecins et de prestation de services aux patients. Le FASS leur a donné l'occasion de vérifier certaines options, d'étudier de nouvelles méthodes et de voir comment les intervenants et les patients réagissaient aux changements.

L'Alberta a mis en œuvre une initiative cadre comportant 27 projets et une évaluation détaillée de leurs objectifs, résultats et incidences en matière de progrès dans les soins de santé primaires. Ce projet appliquait six stratégies explicites :

- l'accès dans les régions rurales ou éloignées;
- la prévention des maladies et la promotion de la santé par le développement communautaire;
- l'intervention précoce et l'éducation;
- la restructuration du système;
- la prestation de services intégrée;
- l'amélioration de la qualité; et
- les modèles de centre de santé communautaire.

Les sujets étudiés comprenaient le soutien à l'allaitement, la promotion des vaccinations, les projets de « départ en bonne santé » pour les jeunes enfants, des programmes de soins palliatifs et l'approche des Autochtones. L'Alberta a coordonné les projets puis en a fait sa propre évaluation, en plus des évaluations externes de tous les projets. Ceux-ci, qui visaient tous à une prestation nouvelle ou élargie des services, étaient souvent fortement axés sur la « santé de la population » ou la santé publique.

Tous les projets n'ont pas atteint l'ensemble de leurs objectifs, mais ils recèlent tous des enseignements sur les succès et les défis inhérents à la réalisation de projets de soins de santé primaires. La section suivante met en évidence des constatations pertinentes et importantes, et présente une description de certains projets.

3. Conclusions importantes et pertinentes

Les initiatives du FASS, qui traitent des problèmes et des priorités des soins de santé primaires, jettent un éclairage précieux sur un large éventail d'expériences directes. Les principaux thèmes des projets sont regroupés sous trois rubriques. La rubrique *Modèles et éléments : réforme organisationnelle ou opérationnelle* examine les stratégies des réformes organisationnelles ou opérationnelles; *Renforcement des capacités des soins de santé primaires* suit des efforts déployés pour améliorer la capacité des intervenants de servir certains groupes de population; et *Lien avec le cadre d'évaluation du FASS* reprend certaines conclusions en utilisant le cadre d'évaluation du FASS. Les conséquences pour les ressources humaines dans le secteur de la santé sont examinées à la section 4.

3.1 Modèles et éléments : réforme organisationnelle ou opérationnelle

La documentation et l'expérience donnent à penser que les organisations de soins de santé primaires qui intègrent les éléments essentiels résumés à la section 1.2 peuvent s'occuper des problèmes de fragmentation, de prévention et de promotion concernant le système de soins de santé et trouver la meilleure façon d'utiliser les ressources de ce domaine. Étant donné la nature interactive de ces éléments, leur combinaison accroît grandement leurs avantages et leurs résultats potentiels. Par exemple, une liste ou un registre de patients explicite peut servir de base au financement par capitation (par personne) et fournir des données générales pour une base de dossiers médicaux électroniques commune et un fonds plus important de données sur une population en particulier. Elle peut ensuite être reliée à des renseignements tirés des rencontres entre les patients et les intervenants (p. ex., le moment, le diagnostic, le traitement B souvent au moyen d'un système de « facturation fictive »)

et à des résultats cliniques obtenus avec des personnes ou des groupes de population, et être attribuée à certains intervenants ou organisations du secteur des soins de santé primaires. Les données locales peuvent être regroupées à l'échelle régionale, provinciale ou nationale, ce qui permet de disposer d'une base pour la planification ou la recherche.

Ceux qui mettent en œuvre de nouveaux modèles de soins de santé primaires doivent établir de nouveaux modes de prestation des services (p. ex.: les équipes multidisciplinaires), ainsi que des méthodes et des relations de travail qui permettent d'instaurer les programmes et les services élargis qui s'inscrivent dans une perspective plus vaste de la santé. La mise en place de nouveaux systèmes de données cliniques et d'information de gestion, assortis de nouvelles formules de financement et de mesures d'incitation nouvelles, exige une sensibilité et une capacité d'adaptation à l'égard de la population servie qui est plus explicitement définie. Les intervenants doivent comprendre la vision et voir les avantages potentiels du modèle.

Près de la moitié des projets du FASS qui ont été analysés étudient des combinaisons des éléments essentiels au moyen d'une réforme organisationnelle ou opérationnelle. Les sections suivantes expliquent dans quelle mesure ces initiatives ont essayé d'incorporer des éléments clés dans de nouveaux modèles. Elles se penchent aussi sur certaines conclusions concernant le choix des citoyens et les listes, la participation des citoyens, le financement par capitation et les systèmes d'information. Les diverses incidences des principaux services, le potentiel d'intégration et la qualité sont traités à la section 3.3 intitulée *Lien avec le cadre d'évaluation du FASS*.

3.1.1 Combinaison des éléments

Certains projets du FASS intègrent des éléments des soins de santé primaires de manières qui ne sont pas permises par les structures et les pratiques traditionnelles. Un certain nombre de provinces ont réussi à combiner tous les éléments clés, ou presque, dans le cadre de modèles pilotes de soins de santé primaires et se sont efforcées d'optimiser l'interaction. Des projets pilotes visaient à étudier plus à fond des

modèles dans de multiples endroits (« 301 »), notamment en Colombie-Britannique (BC301), en Ontario (ON301), à Terre-Neuve (NF301) et en Nouvelle-Écosse (NS301). Les modèles qui ont réussi à combiner d'une manière ou d'une autre la plupart des éléments clés sont ceux de la Colombie-Britannique et de l'Ontario. Plutôt que de s'attaquer à la création de listes ou au financement par capitation, les projets de Terre-Neuve et de la Nouvelle-Écosse ont opté pour des plans de rémunération différents pour les médecins.

En plus de ces projets pilotes, le projet de la Première nation Eskasoni (NA305) est passé de médecins exerçant seuls et rémunérés à l'acte à des médecins travaillant en groupe, non rémunérés à l'acte, et à une initiative de soins primaires multidisciplinaires. Par ailleurs, l'équipe mobile de soins de santé primaires de l'Alberta (AB301-23) a organisé les éléments essentiels de façon novatrice afin d'offrir des services à des collectivités éloignées.

Au Québec, le projet de capitation (QC431) a permis de mettre en place une organisation à intégration verticale fondée sur les soins primaires. Son réseau intégré de services comprenait les CLSC, des hôpitaux, des médecins rémunérés à l'acte et d'autres dans 20 programmes cliniques de soins primaires, de gériatrie ou de soins aux personnes âgées fragiles, de santé mentale et de soins cardio-vasculaires. La première étape a permis une intégration clinique et informative et ce, en mettant en commun des ressources afin de créer l'effet d'un seul apport de fonds. Elle a aussi été l'occasion de faire travailler ensemble les établissements, les intervenants et les administrateurs, comme s'ils appartenaient à une seule organisation. À cette étape, il a été décidé de passer à l'intégration administrative et financière et à une seule trésorerie reposant sur le financement par capitation. En Alberta, plusieurs projets avaient pour cadre des centres de santé communautaire qui sont à l'avant-garde en matière de rémunération différente des médecins (généralement, des salaires) et d'équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires et ce, avant que le régime d'assurance-maladie n'ait vu le jour, dans certains cas. Ils diffèrent de nouveaux modèles de soins de santé primaires du fait qu'ils tendent à servir des populations dans des

aires de recrutement, sans listes explicites ni financement par capitation.

3.1.2 Choix des patients et création de listes

Le droit du patient de choisir un intervenant est une des pierres angulaires du système de santé canadien. Un choix actif ou une identification explicite avec un intervenant ou une organisation de santé est la base de la relation par laquelle un patient accède à l'ensemble du système de santé. À l'heure actuelle, alors que la rémunération se fait à l'acte, cette relation n'est généralement pas documentée à des fins autres que la facturation au gouvernement. Dans un contexte de soins de santé primaires intégrés, cette relation deviendrait formelle, car on garderait trace des renseignements importants sur le patient, en commençant par créer une liste des patients qui pourrait servir de base à un système d'information général.

Il se peut que cette approche demande un effort initial considérable pour ce qui est de dresser la liste des patients et de la tenir à jour et qu'il faille, entre autres, se familiariser avec de nouvelles technologies de l'information, mais elle présente de nombreux avantages. En effet, lorsque des groupes socio-démographiques et des besoins en santé importants sont cernés et documentés, il est possible de réunir des renseignements sur tous les patients dont le nom figure sur la liste dans une base de données qui devient fort utile dans le contexte des soins de santé primaires. Une telle base de données permet aux intervenants, aux organisations de santé et aux gouvernements d'adapter leurs services aux besoins des patients et de faire mieux correspondre le financement « par personne » aux patients soignés. Elle éclaire la planification et la recherche, et répertorie des données importantes en matière d'administration et de coûts. L'existence d'une liste bien gérée peut donc améliorer la qualité, l'efficacité et le rendement des services.

Les projets pilotes de l'Ontario (ON301) et de la Colombie-Britannique (BC301) démontrent que les listes peuvent aussi être dressées en utilisant d'autres méthodes, chacune présentant des conséquences et des options différentes. Dans ces deux provinces, de

nouvelles listes ont servi de base au financement par capitation, à d'autres formules de financement et à des systèmes d'information. Les patients pouvaient s'adresser à d'autres intervenants qui devaient « gérer » la liste. Il y avait des différences notables dans les approches. Dans le projet ON301, on a utilisé une méthode classique et fait signer aux patients des formulaires d'inscription et de consentement. Le taux élevé de patients répertoriés au moment de l'évaluation du projet (84 %) tient peut-être aux relations antérieures avec l'organisme de service de santé (OSS) qui ont incité les patients à « suivre » les médecins dans les nouveaux modèles de soins de santé primaires. Parmi les avantages d'un processus d'inscription formelle, citons la communication « initiale » avec les patients et donc des relations plus claires avec les intervenants. L'engagement formel permet aussi d'examiner et d'officialiser les responsabilités respectives du patient et des intervenants, et aussi d'obtenir des patients qu'ils autorisent le ministère de la Santé à communiquer des données les concernant à d'autres entités qui se renseignent à leur sujet.

Cependant, ce processus peut être limité par le modèle de financement ou par d'autres paramètres. Dans une des deux options de financement du projet ON301, un groupe de médecins « plafonnés par la capitation », mais qui continuait à facturer selon la formule de la rémunération à l'acte, était moins motivé à établir une liste que ceux qui avaient adopté la formule de capitation mixte (autrement dit, leur mode de facturation n'avait pas changé). L'Ontario a limité à 2 200 le nombre de patients par médecin, mais a accepté qu'un médecin puisse voir 800 patients de plus si une infirmière praticienne le seconde.

Par contraste, le projet BC301 a adopté un système de « liste virtuelle », sans imposer de limite au nombre de patients qui y sont inscrits. L'étude des dossiers transmis par les médecins participants pendant trois ans et la liste de leurs patients dressée à partir de là ont permis de connaître le choix d'intervenant du patient. Pour économiser le temps et l'argent nécessaires à une inscription formelle des patients, le processus s'appuyait sur les relations patient-médecin existantes. On y perdait cependant l'occasion de communiquer directement avec les patients et d'établir d'emblée et

de façon plus personnelle la responsabilité des deux parties. Cette absence de communication initiale risque de donner l'impression aux patients répertoriés que la nouvelle organisation est moins transparente, explicite ou compréhensible.

Dans un autre exemple possible de liste, un projet québécois (QC431) s'est préparé à assumer la responsabilité de tous les services de santé offerts à sa population, y compris les services spécialisés. Il n'a pas répertorié formellement les quelque 25 000 personnes visées par le modèle intégré de soins de santé primaires envisagé, mais, comme son intention est d'instaurer le financement par capitation, il devra, d'une manière ou d'une autre, identifier clairement la population.

3.1.3 Participation des citoyens

Bien que ce ne soit pas toujours facile à réaliser, il est important pour toutes les personnes concernées que le public participe à ses propres soins, à la planification ou aux décisions relatives aux organisations de santé, car cela ouvre des voies de communication directes et permet, par ricochet, d'améliorer la qualité des services et de mieux les adapter. Les soins de santé ont toujours été gênés par des déséquilibres entre les patients et les intervenants en ce qui concerne l'information et les compétences. Par contraste, dans un contexte de soins de santé primaires, on cherche à améliorer la santé en faisant participer les patients et les collectivités et en faisant en sorte qu'ils puissent s'aider eux-mêmes. Cette occasion de s'exprimer donne aux citoyens le sentiment de maîtriser leurs choix en matière de santé. Les commentaires du public sur la performance de l'organisation et des intervenants permet à ceux-ci de rester à l'écoute de ceux qu'ils servent. Ainsi, les projets BC301 ont utilisé des sondages auprès des patients pour connaître le niveau de satisfaction de ces derniers à l'égard de nouveaux services et recueilli de précieux renseignements malgré quelques problèmes au moment de la mise en œuvre.

Les programmes éducatifs aident également les patients à mieux connaître leurs besoins en matière de santé et à savoir comment bien utiliser les services de santé. Le soutien aux soins auto-administrés, à l'adoption et au maintien d'un mode de vie sain peut

donner confiance, permettre de mieux comprendre et contribuer à l'amélioration de l'état de santé, ce qui entraîne une réduction des coûts pour le système. Conformément à ces objectifs, les infirmières des projets BC301 ont organisé des séances d'information collectives et des consultations individuelles sur diverses maladies, comme le diabète et l'asthme.

Faire participer les citoyens à la définition et à l'adaptation des services au niveau communautaire est une forme plus poussée d'habilitation. Au Québec, un projet de « Villes et villages en santé » (QC432) a réuni des bénévoles, des employés municipaux et des intervenants en santé afin de définir des priorités pour les programmes de soins de santé primaires. Il proposait plusieurs services correspondant aux besoins locaux dans différents endroits. Malgré les difficultés rencontrées par ce projet, cela valait la peine de dépasser les anciennes limites afin de faire participer les collectivités au processus décisionnel. Il s'est produit la même chose en Alberta, dans le cadre du projet AB301-12, où une coalition de diverses organisations communautaires s'est formée afin de promouvoir, d'élaborer et de soutenir une initiative de « collectivité en bonne santé ».

3.1.4 Financement

La réforme du système de soins de santé et des soins de santé primaires a notamment pour objectif de modifier la formule de rémunération des médecins. Bien qu'il existe au Canada des formules de rémunération salariale, de paiement de remplacement et de paiement par capitation, la plupart des médecins continuent d'être rémunérés à l'acte. De plus, le contexte de la réforme peut être complexe et exiger beaucoup de temps, et la rémunération à l'acte ne tient généralement pas compte du temps consacré à des efforts cliniques dans d'autres cadres (p. ex., les écoles, qui ont invalidé le potentiel du programme COPE en Alberta (AB301-9)) ou à des aspects non cliniques de la réforme (p. ex. : l'administration ou la gestion).

La réforme vise à passer d'un paiement reposant sur le volume des services à une approche fondamentalement axée sur le patient, favorable à la prestation d'un continuum de services de prévention et de traitement, et offrant un environnement plus souple qui permet

de recourir à des équipes multidisciplinaires. De tels changements permettent de mieux soigner les patients et d'offrir aux intervenants un milieu de travail plus équilibré. (Il ressort d'un sondage effectué en 1999 auprès des abonnés du Journal de l'Association médicale canadienne que 70 p. 100 des médecins souhaiteraient une solution de rechange à la rémunération à l'acte.)

Une formule de financement dont la capitation ou le financement par personne font partie intégrante présente plusieurs avantages :

- Le financement est lié à la liste de patients et à leurs besoins plutôt qu'à l'intervenant;
- La formule prévoit un financement « raisonnable » par rapport au coût prévu des soins correspondant au profil de besoins de la population répertoriée;
- Elle alloue les ressources en fonction des caractéristiques observables de la population et n'est pas fortement influencée par les jeux ou manipulation politiques;
- Elle permet un partage « plus juste » des ressources financières avec les autres volets du système;
- Elle offre une certaine prévisibilité à l'organisation et aux gouvernements; et
- Elle s'adapte aux changements dans la taille et la composition démographique de la population ainsi qu'aux niveaux de maladie relatifs, lorsqu'il en est tenu compte dans la formule. Des changements dans les caractéristiques de la population entraînent des changements dans la trésorerie de l'organisation.

On étudie depuis quelques années, au Canada, la théorie et le bien-fondé de nouveaux modèles de financement, mais cette occasion de modifier les formules de rémunération des médecins revêt une importance particulière. Étant donné l'intérêt que les médecins portent aux nouvelles méthodes de rémunération, il est maintenant possible d'envisager une réforme plus complète, d'examiner en détail différentes formules de financement dont la capitation fait partie intégrante, et d'en faire une pratique non plus marginale mais largement répandue dans le

système de soins de santé. Certains projets du FASS ont porté sur d'autres manières d'incorporer et d'ajuster le financement reposant sur la capitation et ont tenu compte des répercussions de ces changements.

Les projets pilotes de l'Ontario et de la Colombie-Britannique associent différentes méthodes de financement, dont le financement par capitation d'après l'âge et le sexe des patient répertoriés, avec quelques variantes. Le projet ON301 a appliqué deux autres formules, à savoir :

- La « capitation globale », qui fournit une trésorerie comprenant l'accès à des frais supplémentaires pour financer les soins préventifs, les soins à domicile et l'enseignement médical. Les mesures d'incitation qui vont de pair avec cette formule favorisent la transparence du processus, une meilleure information des intervenants et une meilleure compréhension de la part des intervenants de la corrélation entre le financement et la liste de patients; et
- La « rémunération à l'acte actualisée », où la capitation est utilisée pour définir un « plafond » de financement ou un financement maximal pour le groupe par rapport auquel les médecins ont continué de facturer à l'acte. Cependant, le plafond n'est entré en vigueur que 18 mois après la signature.

Les incidences de ces deux méthodes sont différentes. Autoriser le groupe qui utilise le modèle « actualisé » à conserver une rémunération à l'acte faciliterait son passage à un autre modèle de « capitation ». En même temps, faute d'apprécier pleinement le potentiel de réforme du financement par capitation, ce groupe pourrait être tenté de conserver la rémunération à l'acte, et il entraverait donc les progrès. Le lien entre le financement et l'organisation et la constitution d'une liste des patients pourrait avoir moins d'incidence et, par conséquent, ce groupe verrait moins d'intérêt à constituer une liste. Parce qu'il n'est pas touché directement par les répercussions du financement par capitation (p. ex., la trésorerie) et qu'il exerce pour l'essentiel comme avant, il pourrait être moins porté à modifier ses relations avec les patients, par exemple, pour passer plus de temps de qualité avec eux.

Dans les Projets pilotes de réforme des soins primaires (BC301) de la Colombie-Britannique, les médecins tirent la majeure partie de leurs revenus du financement par capitation. Comme en Ontario, la capitation est ajustée en fonction de l'âge et du sexe, la grande différence majeure étant que la formule est adaptée conformément au système d'ajustement par groupement de maladies analogues du Johns Hopkins Adjusted Clinical Group (ACG). Ce système répartit les patients par catégories de maladie, lesquelles sont assorties de taux de paiement particuliers et plus élevés pour les patients dont la maladie est plus lourde. Ces facteurs d'ajustement supplémentaires font qu'il est davantage tenu compte, dans les flux financiers, du temps et des efforts consacrés aux patients dont les besoins sont plus grands (p. ex. : lorsqu'une population devient plus malade, le flux financier est adapté en conséquence). Le financement est plus explicite, plus transparent et plus prévisible pour les intervenants. L'analyse des paiements effectués sur une année montre que les taux augmentent à mesure que l'état des patients se détériore (ce qui confirme les variations des flux financiers). Les initiatives BC301 visaient également une autre source de préoccupation relative à l'utilisation du financement par capitation uniquement dans le cadre des soins primaires. On craignait, en effet, que les intervenants soient tentés d'augmenter leurs revenus et de réduire leur charge de travail en se déchargeant de patients sur des spécialistes, ce qui entraînerait des augmentations de coûts dans des secteurs spécialisés. Cependant, il ne semble pas, au vu d'une évaluation préliminaire des taux de référence avant et après le début de l'application du financement par capitation, qu'un plus grand nombre de patients aient été orientés vers des spécialistes.

Cependant, tous les projets n'ont pas opté pour le passage à la capitation mixte. La Nouvelle-Écosse, par exemple, espérait faire l'essai d'une capitation mixte dans ses modèles de soins primaires (NS301), mais les médecins ont préféré s'en tenir aux contrats de financement de la rémunération préexistants, qui éliminaient les facteurs d'ajustement et les heures de service précises, y compris les consultations à l'hôpital et à domicile.

3.1.5 Systèmes d'information et technologie

Les systèmes d'information contribuent beaucoup à accroître la capacité des organisations de soins de santé primaires d'offrir des services plus appropriés. Les patients et les intervenants y gagnent un meilleur accès à d'autres intervenants et ressources (p. ex. : consultation, éducation, accès en temps opportun aux résultats des diagnostics). De plus, la compilation adéquate de données intéressantes dans une base de données régionale ou provinciale faciliterait la planification à l'échelle nationale, provinciale/territoriale et régionale ainsi qu'à l'échelle des organisations de soins primaires. Avec des systèmes d'information bien faits et bien entretenus pour les services de soins de santé primaires et d'autres, il est possible d'améliorer l'administration (p. ex. : établissement de calendriers, comptabilité, rencontres avec les patients, renseignements sur la facturation) et la planification. Ces systèmes fournissent également des outils cliniques et une aide à la décision. Un système d'information efficace repose sur des dossiers médicaux électroniques bien tenus que les intervenants peuvent interroger pour y trouver, en temps opportun, des renseignements sûrs, complets et de qualité qui les aideront pas dans leurs évaluations et leurs décisions.

On tient généralement pour acquis que les systèmes d'information canadiens contiennent des données utiles à de meilleures recherches sur les soins de santé primaires. Or, un des projets nationaux (NA369) donne une idée précise de leur état problématique. Ce projet, qui devait être une étude des différences socio-économiques dans l'accès aux soins de santé au Canada, a fait l'objet d'un rapport d'étape lourd de conséquences. L'étude initiale a été retardée, car les chercheurs ont eu du mal à avoir accès à l'information dont ils avaient besoin et ce, dans l'ensemble du pays. Les règlements et les protocoles permettant d'obtenir les autorisations étaient différents d'une province à l'autre, et il n'existait pas de politiques et de protocoles de partage de l'information entre les gouvernements fédéral et provinciaux. De plus, les incompatibilités

de codage entre les provinces en ce qui concerne les factures présentées par les médecins et les sorties d'hôpitaux, notamment, ont considérablement gêné la recherche interprovinciale et nationale sur les services de santé. Les conclusions de ce projet révèlent un problème national important sur lequel il faudra se pencher.

Dans tous les rapports des projets pilotes « 301 », il est question des difficultés associées à la sélection, à la mise en œuvre et à l'utilisation de nouvelles technologies. Les problèmes d'ordinateur et de logiciel sont également courants. Ainsi, l'élaboration de certains volets du système du projet ON301 a été retardée, tandis que dans le projet BC301, on progresse nettement dans l'établissement de calendriers, dans la facturation fictive des rencontres et dans la gestion financière. La constitution de dossiers médicaux électroniques doit également être examinée : dans le projet intitulé « Renforcer les soins primaires de la Nouvelle-Écosse » (NS301), des établissements pilotes ont mis au point des systèmes d'information perfectionnés qui comprennent un dossier informatisé du patient et un système de gestion des pratiques qui retracent toutes les méthodes utilisées par les intervenants.

Des intervenants en soins de santé primaires de milieux ruraux ont évalué l'utilisation d'applications de la télésanté, telles que les vidéoconférences, pour relier les intervenants des milieux ruraux à des spécialistes, à d'autres programmes et à des cours de formation. Le projet d'amélioration des soins de santé primaires de Terre-Neuve (NF301) a examiné l'accès à des renseignements utiles dans les interventions. Le lien entre ce projet et une école de médecine a permis de dispenser des cours à des étudiants en milieu rural et à des intervenants des établissements de contribuer au processus éducatif en qualité d'assistants du corps enseignant. Ce projet peut aider à recruter et à retenir des médecins dans les régions rurales et, s'il réussit, il pourrait être étendu à d'autres d'intervenants en matière de santé.

3.2 Renforcement des capacités des soins de santé primaires

Les projets de cette catégorie portaient sur des initiatives de développement et de renforcement des capacités des soins de santé primaires. Plusieurs d'entre eux visaient la pratique clinique et d'autres directives, méthodologies, programmes et soutiens éducatifs destinés aux intervenants qui permettent d'améliorer les normes et la qualité de la planification, de l'évaluation et de la prestation de services des soins de santé primaires. Les programmes qui répondent aux besoins de populations particulières (par âge, sexe, risque, maladie ou groupe culturel, entre autres indicateurs) offraient souvent un continuum de services grâce à des liens entre les organisations et les intervenants en soins de santé primaires, d'une part, et entre les spécialistes, les hôpitaux et d'autres intervenants, d'autre part, y compris les organismes communautaires extérieurs au secteur des soins de santé primaires. Cette méthode peut encourager la mise en place d'une organisation verticalement intégrée.

3.2.1 Directives et autres outils

L'élaboration de directives et d'autres outils profite à la fois aux approches existantes et aux nouvelles formules de soins de santé primaires. Le projet québécois intitulé « L'élaboration et l'application de lignes directrices pour l'optimisation des pratiques médicales » (QC303) est parvenu, dans une certaine mesure, à réduire le nombre des analyses en laboratoire après la mise en œuvre d'une directive sur le cancer de la prostate. Un certain nombre de secteurs à améliorer sont apparus alors que l'on essayait d'élaborer d'autres directives. Ainsi, on s'est aperçu qu'il était difficile d'accéder aux données et que la définition de directives passait par un consensus entre professionnels. Le rapport issu de ce projet explique que l'absence d'une culture axée sur le patient et la prédominance d'une culture d'indépendance professionnelle qui en découle sont à l'origine de la faible réponse des médecins. On y fait également observer que l'absence de structure organisationnelle officielle pour les soins primaires complique l'application de toute méthode conçue pour des organisations dont la direction et les processus décisionnels sont clairs et qui sont en

mesure d'assumer leurs responsabilités et de fournir les ressources nécessaires. En Alberta, une initiative destinée à améliorer les soins palliatifs (AB301-4) a également connu des difficultés initiales en ce qui concerne la participation des médecins, mais il a cependant été possible d'utiliser les directives pour cerner les problèmes relatifs aux sédatifs. L'utilisation d'autres outils, comme des notes de consultation normalisées, des brochures et des initiatives de communication, a permis aux intervenants de mieux cerner les attentes des collègues, des patients et de leurs familles.

Un autre projet de l'Alberta (AB301-5) a fourni des outils utiles grâce à une évaluation des soins de santé primaires. Il s'agissait, entre autres, de réunir en temps opportun des données plus précises, et le projet a permis de constater qu'il n'existait pas de renseignements sur le coût de la médecine familiale. Malgré les inquiétudes des médecins et des infirmières concernant le temps requis par ce projet, celui-ci a produit plusieurs résultats utiles, y compris une analyse documentaire de tout premier ordre des indicateurs des soins primaires; une liste de 50 indicateurs permettant d'évaluer la médecine familiale sur le plan de l'accès, de la qualité et de l'intégration; et un guide adapté aux organisations de soins de santé primaires cherchant à mettre en œuvre un système d'évaluation des technologies de l'information.

3.2.2 Populations atteintes de maladies chroniques

Une approche des soins fondée sur l'identification et la prise en main de groupes de population par maladies permet de réfléchir à « tous » les besoins individuels et collectifs, tant en ce qui concerne les soins de santé primaires que les autres types de soins. Habituellement, les populations cibles sont celles qui sont atteintes de maladies chroniques ou de longue durée, ou celles qui risquent de les contracter. Cette approche a, entre autres, pour avantage de susciter des initiatives visant des personnes qui présentent un taux de cholestérol élevé, souffrent de diabète ou sont atteintes de maladie mentale. Face à l'absence de mesures d'incitation visant à encourager les médecins rémunérés à l'acte à éduquer leurs patients, le projet

AB301-15 de l'Alberta a ouvert un centre éducatif afin d'informer les patients qui présentaient un taux de cholestérol élevé. Grâce à ce centre, ils ont été mieux informés sur leur régime alimentaire et sur l'exercice, et ils ont pu faire baisser leur taux de cholestérol, souvent sans prendre de médicaments.

Deux projets montrent que l'on a avantage à offrir des programmes éducatifs aux diabétiques. Le projet québécois intitulé « Modèle de soins intégrés pour patients souffrant d'une maladie chronique (le diabète) dans une approche populationnelle » (QC433) portait sur l'éducation, en plusieurs langues, des intervenants et des patients souffrant de diabète et mettait l'accent sur les équipes multidisciplinaires. Malgré une certaine réticence des médecins à utiliser ces outils et à prendre part à une formation continue, les patients ayant participé au programme ont déclaré mieux connaître leur maladie et avoir adopté un meilleur mode de vie six mois après le programme. Un autre projet, qui a évalué sept centres pour diabétiques en Alberta (AB301-25), a démontré les bienfaits des programmes éducatifs et autres, malgré certains problèmes de délais d'attente pour accéder aux programmes et le désir d'avoir des services plus proches du domicile des patients. Parmi les participants, le nombre des hyperglycémiques est passé de 64 à 22 p. 100 après le programme. Dans les deux projets, on a souligné qu'il était nécessaire de procéder à une autre évaluation indépendante, afin de définir le meilleur contenu et le meilleur mode de prestation de ces programmes éducatifs.

Un certain nombre de conclusions se dégagent des réponses aux besoins des personnes atteintes de maladie mentale. Deux projets albertain et néo-écossais (AB301-10 et NS421) visaient à régler les problèmes d'accès, de marginalisation et de traitement en dehors du cadre des soins de santé primaires. Ils intégraient les services de professionnels de la santé mentale (infirmières, psychologues, psychiatres) aux services directs des médecins de premier recours dans des établissements de soins de santé primaires. Dans ces deux projets, la capacité des médecins de famille à traiter les problèmes de santé mentale s'est améliorée, et les patients appréciaient de pouvoir accéder aux services dans le cadre de soins de santé primaires, ce qui a permis d'éliminer le stigmate de la « maladie

mentale ». Le projet NS421 a ainsi réussi à réduire les délais d'attente de cinq à sept semaines, à diminuer le nombre des consultations d'urgence et à permettre aux patients se trouvant sur place de consulter des spécialistes. Comme on pouvait le prévoir, le taux de satisfaction des patients était élevé. Le huitième projet relatif aux centres de santé (AB301-3) de l'Alberta, qui portait sur les besoins des malades mentaux, a abouti à la création d'un service de soins d'urgence. Le succès général de ce projet a été atténué par la nécessité de dispenser immédiatement des soins d'urgence et de bousculer certains intervenants, qui ont eu du mal à maintenir une approche de soins de santé primaires.

La formation médicale continue des médecins présente des avantages en ce qui concerne les maladies mentales. Ainsi, deux projets de formation médicale continue réalisés en Ontario et dans l'Île-du-Prince-Édouard (ON213 et PEI 321) ont permis d'améliorer les diagnostics, les traitements et la communication avec les patients. De plus, les médecins sont mieux informés des autres services offerts. En Alberta, le projet (AB301-9) a évalué un programme dispensé en milieu scolaire dans le cadre duquel des pédiatres et des psychiatres sont allés dans les écoles. Ce programme a permis un diagnostic plus précoce, plus précis et plus complet de la maladie mentale. Il a aussi permis de réduire les délais d'attente de un an à deux semaines. Le suivi et les soins d'urgence restent un problème, mais l'intervention précoce et la coopération entre les systèmes éducatif et de santé méritent d'être relevées. Plusieurs conseils scolaires canadiens et américains importants examinent ces résultats.

3.2.3 Populations à risque

Dans ce domaine, les projets portent sur des populations qui présentent un risque de maladie, lequel définit leurs besoins et influence la réponse. Ce risque peut être perçu de différentes manières :

- Désavantages découlant de l'appartenance à une minorité linguistique ou raciale;
- Faible revenu;
- Vulnérabilité des femmes et des enfants;
- Violence sociale;

- Connaissance insuffisante des risques pour la santé, des risques environnementaux et des risques professionnels; et
- Incidence des interventions.

On sait que les familles qui vivent dans la pauvreté et qui sont exposées à d'autres facteurs de risque sociaux sont plus sensibles à la maladie et à d'autres problèmes de santé.

3.2.3.1 Familles/mères/enfants

En Alberta, deux projets (AB301-14 et AB301-21) offraient le soutien de « visiteurs familiaux » qui informaient et aidaient les parents par rapport au rôle parental et aux soins des enfants, et qui leur expliquaient comment trouver les services nécessaires et y accéder. Résultat : les bénéficiaires comprennent mieux leur rôle parental et sont plus à même de recourir aux services dont ils ont besoin. Ils s'adressent donc moins aux services d'urgence. Le projet intitulé « Évaluation d'un programme de soins néonataux de transition » (NA1017), qui portait essentiellement sur la relation mère-enfant, a permis aux mères de mieux connaître leur rôle de parent, de mieux savoir comment réagir face à la maladie, de mieux utiliser les services communautaires et de savoir comment avoir accès aux services des médecins. De même, la communication personnelle était la clé d'une initiative qui visait à remédier aux faibles taux de vaccination relevés au sein d'une population multiculturelle composée pour moitié d'Autochtones dans la région des lacs Keeweenaw, en Alberta. Le manque de connaissances des parents et les difficultés d'accès aux cliniques expliquaient pour l'essentiel ces faibles taux de vaccination. L'initiative de communication personnelle a permis de faire passer ces derniers de 66,5 p. 100 à 86,8 p. 100 entre 1998 et 1999.

3.2.3.2 Violence

Au Québec, l'élaboration de directives, de protocoles de sélection et de séances de formation destinés à repérer les femmes victimes de violence familiale a bénéficié d'un appui général et enthousiaste de la part des CLSC et ce, au-delà du groupe cible initial (QC304). Ce projet visait, entre autres, à éduquer les intervenants en soins de santé primaires et à influencer

sur leurs attitudes. À la fin des séances, 93 p. 100 d'entre eux se sentaient plus capables d'utiliser le protocole et 96 p. 100 se déclaraient plus aptes à reconnaître des cas de violence familiale. En Saskatchewan, sortant des sentiers battus, le projet SK327 a permis aux victimes de violence sexuelle dans l'enfance d'essayer des médecines douces telles que les massages aux huiles aromatiques et des séances de *reiki*, thérapie au cours de laquelle on stimule les méridiens afin de libérer l'énergie. Ces patients, enthousiasmés par ces thérapies, ont fait état d'un soulagement de leur douleur, d'une amélioration de leur alimentation, d'un meilleur sommeil et d'une diminution des sentiments de fragilité, d'isolement et de culpabilité. Beaucoup d'entre eux ont suivi, parallèlement, des traitements plus conventionnels.

3.2.3.3 Les médicaments et les personnes âgées

Le projet des collectifs de soins de santé primaires de l'Alberta pour l'amélioration de la qualité de l'usage des médicaments dans la collectivité (AB301-27) a adopté une approche multidisciplinaire pour aider les patients qui risquaient de ne pas se conformer aux posologies prescrites ou de mal prendre leurs médicaments. Une équipe composée d'un médecin, d'un pharmacien et d'une infirmière gestionnaire de soins à domicile a travaillé avec des personnes âgées à risque élevé qui prenaient cinq médicaments et plus. D'après des résultats préliminaires, ces patients semblaient mieux suivre leurs prescriptions médicales et moins se rendre dans les hôpitaux et chez le médecin. Une autre initiative réalisée en Ontario, intitulée « Étude aléatoire visant à évaluer l'extension du rôle des pharmaciens vis-à-vis des personnes âgées couvertes par un régime provincial d'assurance-médicaments » (ON221), a démontré qu'il était possible de faire jouer aux pharmaciens un plus grand rôle dans les équipes d'intervenants, en établissant un lien entre les médecins de famille et des pharmaciens formés pour les conseiller en matière d'ordonnance. D'après les pharmaciens, 86 p. 100 des patients avaient des problèmes associés aux médicaments. Les deux problèmes les plus courants étaient les suivants : les patients ne recevaient pas le médicament dont ils avaient besoin ou ils prenaient un médicament dont ils n'avaient pas besoin. Les médecins de famille ont suivi environ 84 p. 100 des recommandations des pharmaciens.

3.2.3.4 Milieu agricole

Le risque d'accident et de problèmes pulmonaires ou cutanés est très élevé chez les agriculteurs. Comme ils vivent dans des régions rurales et éloignées, ils sont souvent loin des soins. Dans le cadre du Programme de santé et de sécurité dans l'agriculture (SK325), réalisé en Saskatchewan, des infirmières se sont rendues sur place et ont procédé à des sélections en vue d'analyses destinées à dépister des infections pulmonaires, de tests auditifs, d'examen du dos et des articulations, d'évaluations du stress et d'une éducation sanitaire. En dispensant leurs services dans les exploitations agricoles, les infirmières ont pu non seulement travailler en collaboration avec les agriculteurs, mais également avoir accès aux membres de leur famille élargie. Ce programme a permis d'envoyer plusieurs personnes consulter des spécialistes pour des soins complémentaires. De plus, à la suite des formations personnalisées dispensées, 75 p. 100 des agriculteurs ont déclaré avoir modifié leurs méthodes de travail afin d'en réduire les risques.

3.2.3.5 Salles d'urgence et services de soins primaires

Un profil de l'utilisation des services d'urgence en Alberta (AB301-6) révèle que les gens qui ont recours aux services d'urgence pour des soins primaires s'y rendent rarement pour des raisons pratiques. C'est plutôt l'inquiétude et le sentiment d'urgence qui les incitent à recourir à ces services. Ce profil révèle aussi que de nombreux patients essaient de joindre un ou plusieurs intervenants avant de se rendre à l'urgence, d'où l'intérêt potentiel des nouveaux modèles qui prévoient un accès aux services de santé et à des équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

3.3 Lien avec le cadre d'évaluation du FASS

Les conclusions des projets de soins de santé primaires qui suivent illustrent six dimensions du cadre d'évaluation national du FASS, à savoir : l'accès, la qualité, l'intégration, les résultats sur le plan de la santé, la rentabilité et la transférabilité.

3.3.1 Accès

Les nouveaux modèles pilotes de soins de santé primaires présentent plusieurs améliorations sur le plan de l'accessibilité. Leur engagement à fournir des services 24 heures sur 24, sept jours par semaine, aide grandement le public, notamment le soir et le week-end, alors que ces moments étaient problématiques dans le passé. De plus, il est possible de joindre ces organisations par téléphone : elles conseillent les personnes qui cherchent à se renseigner afin de se soigner elles-mêmes et, s'il y a lieu, elles leur expliquent comment se rendre à des rendez-vous ou à l'urgence. La médecine de groupe améliore les services de garde et les cadres multidisciplinaires permettent d'accéder à un plus grand nombre d'intervenants. Certaines organisations de soins de santé primaires envoient des infirmières au domicile des personnes qui sont confinées chez elles. D'autres innovations rapprochent les services de chez les patients, que ce soit au moyen de services mobiles de soins de santé primaires multidisciplinaires (Alberta) ou de visites d'infirmières dans les exploitations agricoles dans le cadre du programme de sécurité dans l'agriculture (Saskatchewan). Les délais d'attente pour consulter des spécialistes ont été raccourcis grâce aux initiatives telles que les programmes de santé mentale offerts dans les établissements de soins de santé primaires et les programmes scolaires en Alberta, qui intègrent des spécialistes dans les interventions de soins primaires. Tous ces projets ont aussi amélioré la continuité des soins.

3.3.2 Qualité

La perception des patients ou des clients quant à la qualité des services est souvent influencée par leur accès à ces services. La responsabilité partagée des soins est un des modes d'amélioration de l'accès qui profite également à l'intervenant. En outre, elle permet aux médecins de passer plus de temps avec leurs patients. Mentionnons aussi l'accès plus facile des patients et des clients à un éventail plus complet de services de soins de santé primaires, y compris la promotion de la santé, la gestion des maladies chroniques et des infirmières qui ont le temps d'informer les patients. La tendance à la médecine de groupe et aux équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires donne aux médecins, aux

infirmières et aux autres intervenants plus d'occasions de parler des cas avec leurs collègues et d'exprimer leurs besoins d'information. Les dossiers médicaux électroniques et les systèmes d'échange d'information permettent d'accéder plus facilement aux renseignements concernant le patient et à des données qui aident à prendre des décisions. Ainsi, certains médecins de l'Ontario programment leurs ordinateurs pour des rappels préventifs. Une meilleure information combinée à une approche axée sur la population permet aussi de mieux comprendre l'état de santé des populations suivies, ce qui est utile pour planifier l'organisation des soins de santé primaires. Enfin, le soutien financier et autre accordé à la formation continue aide tous les intervenants à respecter les normes et à augmenter les capacités.

3.3.3 Intégration

L'intégration peut être fonctionnelle (amélioration des liens aux fins de collaboration et de coordination) ou organisationnelle (création d'organisations verticalement intégrées prévoyant la responsabilité des intervenants et des services dans tout le continuum). Les organisations pilotes de soins de santé primaires offrent de nombreux exemples de création de liens et de collaboration en vue d'une intégration fonctionnelle dans le reste du système de soins de santé et des programmes communautaires. Par exemple, de nouveaux protocoles, cartes de soins, mécanismes et approches de programme relient les intervenants en soins de santé primaires aux médecins spécialistes et aux intervenants dans les hôpitaux et dans d'autres milieux où des soins sont dispensés. Un certain nombre d'organisations de soins de santé primaires étudient aussi des façons de fournir des liens avec les services communautaires, des services de soins secondaires et des services de soins actifs. Les réunions du personnel médical et du personnel multidisciplinaire facilitent plus encore le partage de l'information en réunissant différents intervenants.

L'intégration verticale est facilitée en faisant en sorte de réunir des intervenants en soins de santé primaires et des spécialistes de la santé mentale dans des milieux où sont dispensés des soins de santé primaires. Au Québec, une initiative s'apprête à créer une organisation verticalement intégrée fondée sur les soins de santé primaires et financée par capitation, qui servira

un bassin de population initial d'environ 25 000 personnes, nombre viable pour des organisations financées par capitation fonctionnant d'après une liste de patients et ayant la latitude de fournir les services directement ou par l'intermédiaire de tiers sous contrat, lorsqu'il s'agit de services qui ne sont pas dispensés par des établissements ou des intervenants locaux. Cette initiative contraste avec une structure d'intégration des intervenants de type « système de prestation intégrée », qui requiert une population allant de 200 000 à 400 000 personnes (Shortell, 1999; Marriott et Mable, 2000).

3.3.4 Résultats pour la santé

Il est trop tôt pour faire des commentaires substantiels sur les résultats de la plupart de ces initiatives sur le plan de la santé. Cependant, on note déjà une amélioration de la conformité et des choix plus sains de la part des citoyens, ce qui devrait avoir des répercussions positives sur leur état de santé. On note également un potentiel évident en ce qui concerne les initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies et les programmes de gestion des maladies chroniques destinés à améliorer l'état de santé de la population avec le temps.

3.3.5 Rentabilité

Les modèles de soins de santé primaires n'ont pas été mis en œuvre dans le seul but d'économiser de l'argent en réduisant les coûts ou de produire des soins meilleur marché, mais bien pour améliorer la qualité, l'efficacité et le rendement de ces soins. Certains projets ont pu mettre en place des mécanismes de suivi tels que la facturation fictive, mais la plupart ont indiqué que le temps, les ressources, la planification ou d'autres contraintes liées à la mise en œuvre du projet ont limité leur capacité de réunir, de surveiller ou de communiquer des données relatives au coût. (Les projets pilotes de la Colombie-Britannique sont intentionnellement sans incidence sur les recettes, leur financement par capitation mixte reposant sur le coût moyen des soins primaires par patient à l'échelle provinciale.) La facturation fictive et des systèmes d'information améliorés devraient permettre de mieux évaluer les coûts à l'avenir. De manière générale, on s'attend à une baisse des coûts à long terme.

3.3.6 Transférabilité

Les modèles pilotes fondés sur des expériences antérieures au Canada et dans d'autres pays se révèlent être acceptables pour les médecins, les autres intervenants et les clients qui ont choisi d'y participer. Ils conjuguent des formules de financement par capitation, divers types de listes, des éléments essentiels et des données relatives, notamment, aux rencontres avec les patients et à la facturation fictive dans des systèmes d'information qui peuvent également comprendre des outils de gestion, de planification et d'aide à la décision. Ces modèles ne sont pas expérimentaux mais fondés sur de solides principes organisationnels, financiers et opérationnels, et ils présentent un immense potentiel d'adaptation des services à diverses populations, dans divers cadres. De plus, les exercices de renforcement des capacités soumis à une évaluation rigoureuse peuvent produire quantité de renseignements que d'autres intervenants et organisations de soins de santé primaires peuvent utiliser.

4. Ressources humaines en santé

Les projets du FASS démontrent à quel point le rôle des professionnels de la santé peut évoluer avec les soins de santé primaires. Ces projets font apparaître de nouvelles tendances et de nouvelles options qui remplacent les anciennes structures hiérarchiques ou l'exercice solitaire de la médecine. Les nouveaux rôles confiés aux infirmières représentent une part importante de la transition, que l'on parle de fonctions élargies ou non. Les infirmières praticiennes s'associent à des médecins, et ces derniers exercent la médecine autrement et sont rémunérés différemment. Ils travaillent en groupe et au sein d'équipes multidisciplinaires en adoptant de nouvelles formes de collaboration.

L'infirmière praticienne forme de nouveaux partenariats avec des médecins, et bon nombre des projets comprennent tout un éventail d'intervenants allant des pharmaciens aux diététistes, en passant par

les travailleurs sociaux, les physiothérapeutes et les orthophonistes, entre autres. D'autres intervenants voient leurs fonctions s'élargir. Dans cette section, nous expliquons les démarches adoptées dans les projets du FASS et leur contribution à l'avancement de la réforme des soins de santé primaires. Les conclusions de ces projets sont regroupées sous quatre grandes rubriques : les nouveaux rôles et l'élargissement des fonctions des infirmières, l'évolution de l'exercice de la médecine et du mode de rémunération des médecins, le développement d'une médecine de groupe et le rôle d'autres intervenants.

4.1 Les infirmières

Les infirmières ont toujours travaillé dans les hôpitaux et servi de personnel de soutien aux médecins dans les cabinets et les établissements où sont traditionnellement dispensés des soins primaires. Avec le temps, certaines d'entre elles sont passées dans le secteur de la santé publique ou de l'éducation et elles sont de plus en plus présentes dans les centres de santé communautaires et les soins à domicile. L'évolution des fonctions et des normes influe sur l'industrie de la santé, ce qui a créé des « cadres de fonctions » pour les soutenir dans les divers rôles qu'elles assument dans différents cadres. Les rôles des infirmières se diversifiant, leurs activités plus nombreuses ouvrent de nouvelles possibilités pour les soins de santé primaires, tout en accentuant la nécessité d'officialiser et de préciser l'ampleur de ces rôles. Les nouvelles responsabilités entraînent de nouveaux problèmes. En débordant de leurs rôles traditionnels, il arrivera que des infirmières n'aient pas les compétences voulues pour certaines tâches et elles devront se perfectionner et acquérir une expérience dans de nouveaux cadres, tout en travaillant en de nouvelles qualités avec d'autres professionnels de la santé.

Les infirmières qui s'occupent de populations rurales ou isolées et qui offrent un éventail complet de services en l'absence de médecins peuvent se trouver confrontées à des problèmes juridiques. La collaboration entre les infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé peut avoir des conséquences « politiques » lorsque certains d'entre eux considèrent qu'elles empiètent sur « leur territoire ». Ces nouvelles

fonctions doivent donc être étayées sur le plan juridique et reconnues sur le plan professionnel. Des infirmières affectées là où l'on a besoin d'elles servent bien le système, en particulier lorsqu'elles permettent à la population d'accéder plus facilement aux services. Dans les nouveaux modèles et établissements de soins de santé primaires que l'on découvre dans les projets du FASS, les infirmières font la preuve de leur polyvalence dans divers rôles et services et auprès de diverses populations.

4.1.1 Les différents rôles des infirmières

En comprenant mieux les besoins de diverses populations, on peut améliorer l'accès aux services. En Alberta, les infirmières qui travaillaient seules à des projets de soins de santé primaires (AB301-18), dans quatre établissements métis de la Lakeland Regional Health Authority, ont démontré à quel point elles peuvent contribuer, par leur présence dans une collectivité, à surmonter les obstacles liés à des relations qui, de tout temps, ont été problématiques. En tant qu'intervenantes directes, elles assurent aussi une liaison avec d'autres services et elles contribuent à la sensibilisation, à la participation, à la conformité et à la confiance entre les intervenants et les collectivités. De même, les infirmières du projet intitulé « Transition à un modèle de services intégrés de soins primaires de santé » (SK330) de la Saskatchewan ont joué un rôle important dans l'examen des services et dans le repérage des lacunes. Elles ont, de plus, aidé à mieux faire comprendre les populations des Premières nations qui ne réagissaient pas aux consultations médicales. Par leur travail, elles ont contribué à améliorer les soins préventifs.

La transférabilité des compétences est importante pour les infirmières, dont les options et la mobilité dans divers cadres améliorent l'accès au système et l'utilisation de ses ressources. Comme l'a montré le projet intitulé « Évaluation de modèles de soins infirmiers dans des milieux de soins de santé primaires » (NA321), les fonctions élargies des infirmières qui sont généralement associées aux régions nordiques ou éloignées se retrouvent aussi dans d'autres situations. Le projet CUPS (Calgary Urban Project Society) CHC (AB301-7) a évalué l'intégration des services dispensés par les

infirmières praticiennes dans le centre-ville, afin de voir si les populations mal desservies du centre-ville de Calgary pouvaient bénéficier des compétences et des connaissances des infirmières praticiennes généralement formées pour travailler dans des régions rurales isolées. Ce projet a démontré avec succès que les infirmières praticiennes amélioreraient considérablement l'accès aux soins.

Les infirmières améliorent également l'accès en « apportant des services à domicile » aux familles (mères et enfants) à risque. Les infirmières en santé communautaire de deux programmes pour des familles en bonne santé (AB301-14 et AB301-21) de l'Alberta ont assuré une liaison précieuse avec les services de santé publique, notamment en faisant de multiples visites à domicile, en informant et en aidant les familles à développer des habiletés pour devenir plus à l'aise dans leurs rapports avec les services communautaires. On a eu l'impression de ne pas disposer d'assez de temps pour démontrer les avantages potentiels de cette démarche, mais on n'en a pas moins réussi, dans nombre de cas, à établir des relations avec les familles, à les aider et à réduire le nombre des consultations d'urgence pour de jeunes enfants. Ces projets, qui se poursuivent, démontrent que le soutien social est un important déterminant de la santé.

4.1.2 Élargir le cadre des fonctions

Les infirmières assument davantage de fonctions médicales, que ce soit en l'absence de médecins ou comme fournisseurs de services complémentaires, surtout dans les régions rurales. La Nouvelle-Écosse a fait preuve d'initiative dans ce secteur en modifiant sa *Pharmacy Act*, afin que les infirmières praticiennes puissent prescrire des médicaments, ce qui supposait aussi de leur reconnaître légalement le droit de poser un diagnostic et d'autoriser les pharmaciens à délivrer les médicaments qu'elles prescrivent. Le projet intitulé « Renforcer les soins primaires en Nouvelle-Écosse » (NS301) va plus loin : il fait intervenir des infirmières praticiennes et met en place des systèmes d'information de pointe alliant les dossiers médicaux électroniques et des données de gestion de la médecine, et cherche à établir une facturation fictive des infirmières praticiennes afin de surveiller les coûts. Il reste des

questions quant au statut professionnel des infirmières (p. ex. : les conséquences en ce qui concerne les syndicats et les responsabilités). La modification de la *Pharmacy Act* ayant pris du temps, la délivrance d'ordonnances par des infirmières praticiennes a été retardée (lorsque la loi a été modifiée, la liste des médicaments était périmée), mais l'initiative de la Nouvelle-Écosse n'en innove par moins pour les infirmières dans les soins de santé primaires.

Les fonctions des infirmières s'élargissent. En effet, elles remplacent les médecins, suppléent à leur rôle et complètent leurs services dans d'autres cadres ruraux, et elles accroissent l'éventail des services offerts et améliorent l'accès à ces services. Le projet de soins de santé primaires de l'Alberta pour la région d'Elnora (AB301-22) en fournit une illustration dans un nouveau centre de santé rural. En effet, une infirmière praticienne tenait le rôle de clinicienne, assurant des services supplémentaires ou de remplacement B y compris de diagnostic et de traitement B dans la prestation de soins primaires et dispensant une formation continue, notamment sur la pratique des soins infirmiers. Nouvelle au sein d'une équipe existante, l'infirmière praticienne a joué un rôle de premier plan en assurant la prestation de trois services supplémentaires : les soins ambulatoires, la gestion des mesures d'urgence et la prévention des blessures. Le rapport du projet indique qu'il n'y a pas eu de problème à établir la distinction entre les maladies et les blessures nécessitant l'attention d'un médecin et celles dont l'infirmière praticienne pouvait s'occuper. L'exercice de la médecine de groupe a soulevé quelques interrogations (notamment sur la place de l'infirmière praticienne), mais les services de l'infirmière praticienne ont été utilisés et acceptés, et son travail a beaucoup contribué à la satisfaction des patients.

Les fonctions élargies des infirmières démontrent qu'une stratégie de soins primaires mobiles peut résoudre les problèmes associés à la prestation de services de santé destinés à une population dispersée. La collectivité agricole à haut risque suivie dans le projet intitulé « Programme de santé et de sécurité dans l'agriculture » (SK325) de la Saskatchewan a retiré des avantages notables de ce projet. En effet, des services de soins primaires mobiles ont permis de réduire le

nombre des accidents du travail et des maladies professionnelles. Utilisant une unité de santé et sécurité mobile, une infirmière autorisée a posé des diagnostics précis, fait du dépistage et dispensé un programme éducatif. Elle a également orienté les patients vers d'autres intervenants, au besoin. Les agriculteurs ont apprécié le service, et les trois quarts d'entre eux ont déclaré avoir adopté des méthodes de travail moins risquées et avoir amélioré leur état de santé. Près de 91 p. 100 d'entre eux estimaient que cette méthode de prestation des soins primaires est plus efficace que d'autres en ce qui concerne la santé et la sécurité en milieu agricole. Le soutien nécessaire à l'élargissement du rôle des infirmières illustre d'autres questions. Au Québec, par exemple, un programme de formation s'appuyant sur des technologies de l'information (QC323) a offert une formation permanente par vidéoconférence à des infirmières travaillant dans des endroits isolés, afin d'élargir leurs compétences professionnelles en l'absence de médecins et d'accroître la collaboration interdisciplinaire. Cependant, cette démarche a été suspendue lorsque le Collège des médecins du Québec a insisté pour que les protocoles utilisés par les infirmières pour certaines techniques soient approuvés par les instances professionnelles compétentes.

Pour mieux comprendre cette question importante, le projet intitulé « Évaluation de modèles de soins infirmiers dans des milieux de soins de santé primaires » (NA321) a cherché à savoir si l'on aidait les infirmières autorisées exerçant des fonctions élargies à dispenser des services de santé primaires ou si on les gênait dans cette tâche. Le rapport de projet explique que les patients étaient « très satisfaits ». Il conclut que la pratique élargie des soins infirmiers peut aider les patients à avoir plus facilement accès à des services dans les régions éloignées, et qu'elle peut également augmenter le nombre de services de santé complets offerts et permettre d'améliorer la qualité des soins et les résultats sur le plan de la santé. Le rapport de projet fournit également des profils intéressants de politiques et de règlements pertinents dans chaque province et territoire, de structures qui emploient des infirmières dans ces rôles élargis et de la perception que les médecins, les patients et les

infirmières autorisées ont de ces fonctions élargies. Parmi les problèmes rencontrés dans les projets, mentionnons la grande incohérence et les variations importantes d'une région à l'autre du pays dans les conditions de travail des infirmières aux fonctions élargies et dans la législation, le cadre des fonctions et les exigences de formation correspondantes. De plus, les médecins s'inquiétaient de la diminution de leurs revenus et des « compromis » dans la continuité des soins.

L'élargissement du rôle des infirmières présente de grands avantages potentiels pour le système, mais on doit se pencher sur plusieurs de ses aspects : nouveaux cadres de fonctions, acceptation professionnelle dans tous les groupes, nouvel appui législatif au cadre de fonctions (p. ex. : engagement du gouvernement), soutien externe et interne dans les nouveaux cadres (p. ex. : organisations et programmes de soins de santé primaires) et soutien particulier aux infirmières qui travaillent seules dans des régions rurales et éloignées (compte tenu de ce que l'on pense actuellement de tout intervenant qui travaille seul, en situation d'isolement).

4.2 Les médecins

On lit beaucoup dans la littérature professionnelle que l'exercice indépendant de la médecine est moins sûr et qu'il ne permet guère de partager les responsabilités des cas ou d'en parler dans un environnement collégial. On y note aussi une augmentation de l'épuisement professionnel chez les médecins qui ne bénéficient d'aucun soutien. Les médecins tendent actuellement à passer de l'exercice indépendant de la médecine à la médecine de groupe, et à étudier d'autres mécanismes de rémunération. Certains projets du FASS offrent de nouveaux modèles axés sur la médecine de groupe, les milieux multidisciplinaires et différentes formes de collaboration avec d'autres fournisseurs de soins de santé.

Il est à noter que les projets pilotes de la Colombie-Britannique, de l'Ontario, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-neuve (BC301, ON301, NS 301 et NF 301) exigeaient des médecins qu'ils travaillent en groupe (tous au même endroit en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve, et en réseau en

Ontario) et qu'ils forment peu à peu des équipes multidisciplinaires. Ces nouveaux modèles remplacent l'isolement professionnel par un environnement propice au partage des tâches, à l'échange d'informations et au soutien collégial, d'où une amélioration de la qualité et de la sécurité, tant pour les médecins que pour les patients. Ce processus prendra du temps. En Ontario (ON301), certains médecins sont réticents à travailler au sein d'équipes coordonnées qui influent sur les services d'appel et les heures prolongées. En Colombie-Britannique (BC 301), les médecins ont remarqué qu'il faut jusqu'à six mois pour passer de l'exercice indépendant de la médecine à une médecine de groupe.

Un des objectifs de la réforme des soins de santé primaires est d'abandonner la rémunération à l'acte, qui récompense le volume de services offerts et qui encourage un exercice de la médecine susceptible de compromettre les soins axés sur le patient, ainsi que la prévention et la promotion de la santé. C'est ce qu'illustre le projet COPE (AB301-9), en Alberta, où une formule de rémunération à l'acte décourageait activement les médecins de travailler dans des milieux scolaires qui pouvaient gêner le fonctionnement de leur cabinet médical. Avec le passage de la rémunération à l'acte à d'autres mécanismes, comme la formule par capitation, les médecins peuvent passer plus de temps avec leurs patients, travailler pour des services communautaires ou se consacrer à des tâches administratives ou autres B à la réforme par exemple B sans perte de revenus. De plus, les mesures d'incitation changent, en particulier avec la formule de financement par capitation, de sorte que l'accent est mis sur les personnes et les groupes visés, leurs caractéristiques propres (comme l'âge, le sexe et les maladies) et leurs besoins. S'ils sont rémunérés par capitation ou salariés, les médecins ne perdront pas d'argent parce qu'ils passent plus de temps avec leurs patients.

Les projets présentent diverses formules de rechange. Dans les projets de l'Ontario et de la Colombie-Britannique (ON 301 et BC301), les médecins qui travaillent sur de nouveaux modèles et dans des centres de santé communautaires sont payés selon des formules mixtes qui comprennent une rémunération par capitation et d'autres méthodes, telles que le

paiement à l'acte pour les services non couverts par la capitation (p. ex. : urgence hospitalière, obstétrique, assistance chirurgicale) et pour les patients non inscrits. De nouveaux codes régissent la gestion des soins préventifs, les primes aux soins préventifs et l'enseignement médical ciblé. Les médecins des centres de santé communautaires de l'Alberta sont (et ont été) salariés, et leur contrat de régime de paiement permet un exercice différent de la médecine qui comprend le counselling et les conseils donnés au téléphone. Un projet de l'Alberta (AB301-2) analyse les liens entre les soins de santé primaires et les services sociaux, et son personnel a incorporé une méthode de facturation fictive afin d'exprimer financièrement la somme et le type de services offerts.

En Nouvelle-Écosse (NS301), dans la Première nation Eskasoni (NA 305) et à Terre-Neuve (NF301), de nouveaux modèles sont financés autrement que sur la base du paiement à l'acte (encore que cela ne soit pas toujours expliqué en détail dans les rapports de projet). Grâce au succès relatif des nouvelles méthodes, les médecins exerçant dans des modèles de soins de santé primaires se sont déclarés intéressés par plus de renseignements, de cours et de formation sur la gestion de la trésorerie et sur sa répartition au sein des organisations.

4.3 Médecine de groupe : équipes multidisciplinaires et soins coopératifs

Les expériences varient d'une région à l'autre, mais la collaboration entre les médecins, le personnel infirmier et les autres soignants est en train de tisser de nouveaux liens, parfois avec d'autres secteurs. Il peut en résulter, entre autres, une amélioration de la qualité et de l'accès, une plus grande continuité des soins et une meilleure utilisation des ressources. Les projets du FASS visaient à constituer des équipes, à dispenser un enseignement et à former. Pour tous les intervenants, trouver le temps et le bon moyen pour mener ces activités représente un défi constant, tout comme surmonter les inconvénients et l'irritation causés par les changements dans leur profession et dans celle des autres. La volonté des intervenants de

vaincre leurs réticences et d'accepter le changement est essentielle aux progrès dans les soins de santé primaires.

Dans les centres de santé communautaires, les projets ont inclus, pendant un certain temps, des formes de fonctionnement multidisciplinaire, l'essentiel étant pour eux d'améliorer les éléments et les approches. Le projet intitulé « Calgary Urban Project Society », ou CUPS (AB301-7), évalue la collaboration entre une infirmière praticienne et des médecins, des dentistes, des chiropraticiens et un technicien orthésiste au sein d'une équipe interdisciplinaire dans une clinique. Ce projet, qui s'est avéré fructueux, a permis de formuler de nouvelles directives cliniques pour le traitement de dix états non aigus. Au départ, les médecins ne savaient pas très bien quel serait le rôle des infirmières praticiennes, mais ils ont vite constaté qu'elles facilitaient la communication entre différents fournisseurs de soins, qu'elles amélioraient sensiblement l'accès aux soins et leur qualité, et qu'elles prenaient en main des cas, permettant ainsi aux médecins de passer plus de temps avec des patients qui avaient besoin de leurs services. Quelque 95 p. 100 des patients ont été satisfaits de cette initiative. Une meilleure utilisation des infirmières praticiennes exigera cependant des modifications aux *Lois sur la santé publique*, qui ne prévoient pas que les spécialistes soient payés pour les cas qu'elles leur adressent.

Le projet intitulé « Accroître l'efficacité des soins primaires par des modèles reposant sur la collaboration entre l'infirmière de première ligne et le médecin de famille » (NA342) essaie et évalue un cadre de travail en deux volets, qui appuie les infirmières praticiennes et les omnipraticiens et qui permet de préparer des cours concertés de niveau supérieur destinés aux élèves infirmières praticiennes (infirmières autorisées expérimentées) et aux résidents en médecine familiale (première année de résidence). Les infirmières praticiennes sont devenues responsables d'activités curatives, se sont occupées de soins plus complexes aux patients et ont adressé moins de cas aux médecins de famille, mais les médecins n'ont pas changé leurs modes de fonctionnement et ont continué à s'envoyer mutuellement des patients. Une grande collaboration et un degré de satisfaction élevé, en comparaison avec des endroits témoins,

étaient manifestes dans le cadre des fonctions, des compétences, des contrôles et de la distinction entre les rôles, ce qui a permis d'avoir confiance dans le rôle des infirmières praticiennes sur les lieux d'intervention. Ce projet, qui utilisait la technologie de l'information pour soutenir la collaboration, a aussi permis d'élaborer des lignes directrices relatives aux fonctions pour ce qui est des « éléments essentiels » de l'expérience séparée et partagée, des connaissances et des compétences des intervenants. Les résultats ont confirmé que la collaboration peut être enseignée, apprise et soutenue et ce, malgré les obstacles.

D'autres initiatives ont trouvé des façons novatrices de constituer des équipes, de les motiver et d'élargir leur utilisation, notamment en ayant recours à la technologie, en apportant des services mobiles aux collectivités et en offrant des services spécialisés dans les établissements qui dispensent des soins primaires. Le projet pilote et d'évaluation intitulé « Co-ordinated Disease Prevention and Management » (AB301-11) de l'Alberta a créé sur Internet un environnement d'équipe virtuel suivant une approche multidisciplinaire pour la prévention et le traitement du diabète et de l'arthrose. Des équipes composées de praticiens en soins de santé primaires et de médecins de famille travaillant dans le secteur communautaire ont préparé des plans d'interventions pour six organisations de soins de santé primaires. Une définition claire des rôles au sein de l'équipe a réduit le chevauchement et facilité la délégation. Les besoins de formation concernant la prise de décision en équipe et les compétences nécessaires à la mise en œuvre ont été définis. Des outils d'information en ligne se sont avérés utiles pour exposer les origines des désaccords et trouver des moyens de collaborer. Ces activités en ligne complétaient les activités en atelier, mais ne les remplaçaient pas.

Une autre approche novatrice de l'accès et de la sensibilisation aux services pour la clientèle rurale a amélioré la collaboration et fait gagner du temps et de l'argent en ce qui concerne les déplacements. En mettant une ou deux fois par semaine une équipe

multidisciplinaire mobile de professionnels de la santé à la disposition de trois « centres » communautaires, le projet pilote intitulé « Alberta's Rural Primary Health Care System » (AB 301-23) de l'Alberta a amélioré l'accès aux services dans les petites collectivités rurales. Cette équipe était composée d'un médecin, d'une infirmière, de pharmaciens, d'un technicien de laboratoire, d'un inhalothérapeute et d'un orthophoniste, épaulés par une seconde équipe spéciale chargée d'autres services, comme la santé du sein, la nutrition, l'éducation des diabétiques, etc. La population s'est montrée très satisfaite de leurs services. De plus, elle a mieux respecté les régimes prescrits et suivi les ordonnances médicales, et elle s'est davantage soumise à la vaccination anti-grippe que celle d'une collectivité témoin. Grâce à ce projet, moins de gens ont quitté la région pour aller chercher des services de santé ailleurs.

4.4 Autres intervenants

D'autres intervenants se sont distingués par leur contribution aux projets du FASS, démontrant ainsi leur importance dans de nouveaux rôles et de nouveaux cadres. Le projet intitulé « Coordination et évaluation d'un projet de démonstration d'accouchement à domicile » (BC404) de la Colombie-Britannique est le premier au Canada à faire un examen systématique des accouchements prévus à domicile dans un cadre réglementé. La province a commencé à réglementer la profession de sage-femme en janvier 1998. On a demandé à des sages-femmes et à leurs clientes dans toute la province de participer au nouveau projet. La coopération entre les sages-femmes et les autres professionnels de la santé au cours des deux années de transition a été excellente, ce qui a permis d'intégrer en toute sécurité les accouchements à domicile assistés par des sages-femmes. Dans 98 p. 100 des cas problématiques, les sages-femmes ont pu consulter des médecins ou leur confier les patientes. Les accouchements à domicile planifiés bénéficiaient d'un soutien massif de la clientèle, et ce projet a conclu que les sages-femmes étaient un choix sûr pour les femmes enceintes.

Bien que la plupart des projets se soient principalement attachés à définir le rôle des infirmières praticiennes dans les nouveaux modèles, en Colombie-Britannique et en Ontario, des projets pilotes et d'autres initiatives du FASS essaient par différents moyens de maximiser les services de divers fournisseurs de soins (le NS301, par exemple, avec des travailleurs sociaux, des orthophonistes et des diététistes). En Alberta, le projet intitulé « 8th and 8th Health Centre Proposal » du centre-ville de Calgary (AB301-3) a modifié sa méthode de triage pour que le client puisse avoir un premier contact avec un intervenant autre qu'un médecin. Dans le cadre du projet de la Saskatchewan intitulé « Programme enrichi de réadaptation en milieu rural » (SK326), des assistants physiothérapeutes ont travaillé en collaboration avec des physiothérapeutes pour répondre aux besoins des personnes âgées dans des régions rurales. Ils représentaient une option moins coûteuse pour des tâches telles que le travail de bureau, l'éducation des patients et la gymnastique rééducative. Ce projet a démontré que des assistants physiothérapeutes bien formés et supervisés amélioreraient l'accès et la qualité des services de rééducation.

Des professionnels de la santé autres que les infirmières et les médecins voient également s'élargir le cadre de leurs fonctions et ils sont confrontés, dans ces nouveaux rôles, à des problèmes similaires à ceux des infirmières. La Nouvelle-Écosse, par exemple, l'a reconnu en modifiant sa *Pharmacy Act* afin d'autoriser les infirmières praticiennes à rédiger des ordonnances. Par ailleurs, la province reconnaît la nécessité de réévaluer les rôles d'autres intervenants. Cet examen exigera des efforts supplémentaires, tant pour les membres des équipes multidisciplinaires de soins de santé primaires que pour ceux qui exercent seuls.

5. Santé de la population et conséquences intersectorielles

Les soins de santé primaires suivent une approche fondée sur la santé de la population qui vise à améliorer la santé de tout le monde et à réduire les inégalités entre les groupes de population. Afin d'atteindre ces objectifs, cette approche prend en considération toute la gamme de facteurs et de conditions (ou « déterminants ») qui influent beaucoup sur notre santé (Santé Canada, 2001). Il s'agit de prévenir les maladies et les blessures, de promouvoir la santé ainsi que de diagnostiquer les maladies et de les traiter. Dans les soins de santé primaires, on s'efforce de tenir compte des relations parfois complexes entre les déterminants, qui ont quelquefois des conséquences intersectorielles, et cela demande une perspective générale et des partenariats, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de santé.

Tableau 3 : Les déterminants de la santé

- Le revenu et les facteurs sociaux
- Les réseaux d'aide sociale
- L'éducation
- L'emploi et les conditions de travail et de vie
- Le milieu social
- Le milieu physique
- L'hérédité biologique et génétique
- L'hygiène personnelle
- La capacité d'adaptation
- Le développement de l'enfant
- Les services de santé
- Le sexe

La nécessité d'une approche globale est confirmée par un projet québécois sur les cliniques de périnatalité (QC321) dont le rapport dit ceci : « On reconnaît que la perspective médicale est importante mais qu'elle ne suffit pas, à elle seule, à satisfaire aux divers besoins des femmes enceintes, de leur conjoint et de leur famille. Il est essentiel d'organiser les compétences parce qu'une personne, voire un établissement, ne

peuvent remplir à eux seuls toutes les fonctions ni répondre à tous les besoins. »

Une appréciation plus générale des populations identifiées par âge, sexe, maladie, risque, culture, langue ou autre facteur encourage les planificateurs et les intervenants en matière de santé à ne plus considérer seulement la santé sur le plan individuel ou en fonction de soins épisodiques. Les projets du FASS sont des exemples d'approche de la santé de la population par le biais de stratégies appliquées dans divers cadres :

- approches multidisciplinaires et concertées;
- accent sur les sources ou les causes de problèmes de santé;
- renforcement des capacités pour les populations et pour que les intervenants en soins de santé primaires afin de répondre aux besoins; et
- habilitation des collectivités en augmentant les connaissances sur les soins de santé primaires et par des liens avec d'autres secteurs.

L'approche fondée sur la population qui régit la collecte de données en Colombie-Britannique (BC 301) éclaire la planification et l'évaluation des programmes et des services de soins de santé primaires. Elle permet aux intervenants de mieux comprendre l'état de santé de la population dont ils s'occupent, de même que leurs besoins en matière de programmes et de services. Les projets destinés à renforcer les capacités comprennent des initiatives ciblées sur des groupes de population particuliers définis par maladie ou par risque. Certains projets (QC301, QC325, AB301-15, ON428, QC302, QC433) visaient à réorganiser les services ou à modifier le comportement de populations confrontées à des maladies chroniques (par ex.: l'asthme, des maladies cardiovasculaires ou le diabète). Entre autres mesures, ils cherchaient à éduquer les patients et les intervenants dans des contextes d'urgence, et à faire orienter les jeunes asthmatiques (parfois par des personnes autres que les intervenants) vers des centres spécialisés au Québec (QC301, QC325).

D'autres projets visaient des critères de repérage des populations à risque comme la pauvreté, le manque de connaissances, les victimes de violence sociale et d'autres éléments sociaux qui influent sur la santé (NA372, AB301-9, AB301-14, AB301-20, AB301-21, QC304, QC305, QC321, SK327). Certains se concentraient sur les mères et les enfants, comme les projets albertains pour des « familles en bonne santé » (AB301-14 et AB301-21), qui se sont associés à des organismes communautaires tels que les services à l'enfant et à la famille, les centres de santé publique et les sociétés de guérisseurs traditionnels. Des projets tels que le projet AB301-14 sont intéressants pour les organismes municipaux et provinciaux locaux, de même que pour le Conseil national de prévention du crime, parce qu'ils peuvent contribuer à réduire la violence familiale et la délinquance juvénile.

Les initiatives du FASS étudient en détail le rapport entre le secteur de la santé et d'autres secteurs dans divers projets qui s'intéressent aux collectivités rurales, au développement communautaire et à l'éducation. Le milieu rural est la source de diverses conséquences sectorielles et de différents problèmes de santé, y compris l'éloignement des agglomérations, de ressources importantes et de conditions économiques et environnementales particulières. Plusieurs initiatives du FASS envisageaient différentes approches du lien entre les soins de santé primaires et le cadre rural en travaillant directement avec certaines collectivités (AB301-19, AB301-22, AB301-23, AB301-26, NA 342, NF 301, SK321, SK325). Un projet de la Saskatchewan (SK321) s'est penché sur les difficultés de l'économie agricole et sur leurs conséquences pour la santé, le bien-être et la qualité de vie des femmes dans divers rôles, et le Programme de santé et de sécurité dans l'agriculture de la Saskatchewan (SK325) a été lancé afin d'offrir des services de soins de santé primaires aux agriculteurs. Ces services seraient intéressants pour les ministères fédéraux et provinciaux de l'Agriculture et de l'Environnement, car ils sont apparus meilleurs qu'une approche fondée sur les risques professionnels.

Les projets visant le développement communautaire et la participation des citoyens ont essayé d'influer sur les soins de santé primaires, tant en milieu rural qu'urbain. Les difficultés rencontrées et les progrès enregistrés dans les efforts déployés pour favoriser l'habilitation et la participation des citoyens et pour les inciter à adopter des modes de vie sains et actifs dans des milieux sociaux et physiques sains devraient intéresser les services publics et les ministères qui s'occupent de la culture, des sports et d'activités communautaires saines. Parallèlement, il s'est avéré particulièrement difficile, dans certaines initiatives prises en Alberta, de s'investir à la fois dans le développement communautaire et la participation des citoyens conjointement aux soins de santé primaires (AB301-12, AB301-22 et AB301-24).

Le système scolaire semble se prêter naturellement à une coopération et à des programmes intersectoriels qui intéressent les professionnels de la santé et le milieu de l'éducation. L'initiative de soins de santé primaires en milieu scolaire de l'Alberta (AB301-9) visait à accroître les chances de diagnostic précoce, d'intervention et de prévention des problèmes de santé mentale chez les enfants. En général, une approche de la santé de la population définie sur la base de certains déterminants augmente les chances que les services de soins de santé primaires et les intervenants exercent une plus grande influence sur la santé de ceux et celles qu'ils servent. Les expériences du FASS permettent aux gouvernements et aux intervenants de mieux comprendre diverses approches adoptées par rapport à des populations cibles et les facteurs qui les influencent et qui influent aussi sur les intervenants concernés. Cela éclaire la planification et l'administration ainsi que les possibilités en matière de services.

6. Répercussions sur la politique et la pratique

L'expérience directe acquise par le biais des projets du FASS apporte un nouvel éclairage et renforce les connaissances de longue date sur certains aspects des soins de santé primaires, comme les avantages de la médecine de groupe et des équipes multidisciplinaires, le potentiel inexploité des infirmières, et les liens entre les déterminants, la promotion de la santé et la maladie, et la prévention des blessures. Pour les décideurs, le défi consiste à tirer le maximum de cette expérience. Les gouvernements et d'autres parties intéressées doivent mieux comprendre la situation afin de faciliter la réforme des soins de santé primaires.

6.1 Projets pilotes ou mise en œuvre?

Il faut répondre maintenant à une question fondamentale. Les projets pilotes donnent le sentiment « d'essayer avant de généraliser », mais ils laissent aussi sous-entendre que l'effort n'est que temporaire et réversible, avec les effets négatifs que cela suppose sur les initiatives. Ils laissent aussi entendre que les approches adoptées sont nouvelles et non éprouvées, ce qui n'est pas toujours le cas. Les modèles qui intègrent plusieurs éléments des « nouveaux » modèles de soins de santé primaires sont en place auprès de certains médecins et d'autres intervenants depuis l'avènement du régime d'assurance-maladie, encore qu'à plus petite échelle que ceux, traditionnels, de la rémunération à l'acte. Certains éléments de ces modèles sont les mêmes que ceux que l'on retrouve dans les modèles de soins de santé primaires adoptés par d'autres pays et dans les soins de santé primaires d'organisations de santé intégrées d'autres pays encore. Ils reposent sur des principes d'aménagement organisationnel solides. Les initiatives menées en Colombie-Britannique, en Ontario, en Nouvelle-Écosse, à Terre-Neuve et en Alberta confirment qu'ils donnent de bons résultats. L'expérience d'autres pays montre que des mesures résolues sont souvent

nécessaires pour progresser. L'amélioration peut et devrait donc probablement être constante afin d'appuyer les nouveaux modes opérationnels que le public et les intervenants devraient pouvoir adopter.

6.2 Un ou plusieurs modèles?

Il faut aussi se demander si la volonté politique existe et si le système peut tolérer plus d'un modèle de soins de santé primaires. L'évaluation de la Colombie-Britannique a conclu que son nouveau modèle ne sera sans doute pas choisi par tous les médecins et qu'il devrait être considéré comme une option. D'aucuns redoutent que l'existence de plusieurs modèles risque d'entraîner des inégalités d'accès. En réalité, le Canada mène de front plusieurs modèles concurrents, y compris celui de la rémunération à l'acte, des modèles reposant sur des listes de patients et financés par capitation, la médecine de groupe avec des équipes multidisciplinaires telles que les organismes de services de santé (OSS), et il a acquis une expérience considérable avec les centres canadiens de santé. Des modèles plus étendus, à intégration verticale, qui comprennent une base de soins de santé primaires sont étudiés en détail dans des collectivités canadiennes depuis 10 ans, mais ils sont limités par une absence de mandat. Le système de santé s'est déjà montré capable de soutenir des variations organisationnelles et il pourrait encore le faire dans le cadre déterminant de l'intégration des soins de santé primaires. Là encore, beaucoup d'autres pays sont favorables à un système pluraliste et à divers modèles pour les intervenants et pour le public.

6.3 Lignes directrices pour la mise en œuvre des modèles

Les projets ont soulevé plusieurs interrogations au sujet des processus de mise en œuvre. Ainsi, en Colombie-Britannique, des médecins ont fait des remarques sur le temps que peut demander le passage de l'exercice individuel à la médecine de groupe. Lorsque les impératifs temporels et des projets sont mal synchronisés, le processus peut devenir trop complexe et le calendrier, irréaliste, et certains projets du FASS essaient d'en faire trop dans les délais impartis. Avec l'expérience des projets, il semble

qu'une approche progressive et une meilleure planification générale s'imposent. Les initiatives qui seront prises gagneraient à s'appuyer sur des lignes directrices qui faciliteraient, appuieraient et renforceraient les objectifs et les exigences de la mise en œuvre.

6.4 Ordinateurs, systèmes d'information et télésanté

Il est essentiel, si l'on veut de bons soins de santé primaires, de prêter attention à des éléments sous-jacents tels que la création d'un dossier médical électronique commun et l'accès à des ordinateurs et à d'autres technologies pour les services, l'information et la recherche. Des systèmes informatiques et des logiciels pour la gestion clinique et organisationnelle contribuent nettement à inciter les médecins et d'autres intervenants à participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de nouveaux modèles. Il est nécessaire de mettre des systèmes en place en temps opportun, en tenant compte des observations de ceux et de celles qui les utiliseront. En effet, ils ne peuvent être tout simplement rajoutés par dessus le système de santé existant, sans planifier soigneusement leur intégration. Les structures de financement des coûts doivent permettre aux intervenants d'utiliser l'informatique, les vidéoconférences et la télésanté pour faciliter la transition. Un plus grand partage des études et de l'information à l'échelle nationale permettrait d'accélérer l'élaboration de solutions viables en ce qui concerne l'intégration de la technologie de l'information dans les modèles de soins de santé primaires.

6.5 Simplicité administrative

Les gouvernements sont confrontés à de réels défis lorsqu'il s'agit d'apporter diverses formes de soutien. D'une part, ils doivent exprimer clairement ce qui est attendu; d'autre part, ils doivent veiller à ce que ceux qui participent aux projets rendent des comptes. Ils doivent aussi fournir des fonds, des compétences, des données et d'autres appuis. Cependant, une bonne élaboration et une bonne exécution de programme commencent chez soi. Il semble que certaines relations entre les gouvernements et les nouveaux modèles soient lourdes, inefficaces et compliquées. L'appui

est essentiel au succès, mais des objectifs distincts et une microgestion peuvent empêcher de progresser. Comme le démontrent certains projets, les gouvernements doivent prévoir une administration qui ne demande pas trop de temps aux intervenants et au personnel des nouvelles organisations. Et, lorsque le gouvernement a financé un projet, il doit réduire au minimum tous les obstacles à sa réalisation, notamment en ce qui concerne les procédures officielles (par ex. : difficultés à recueillir des données sur la santé de la population). Cela comporte des conséquences particulières pour les projets pratiques qui promettent d'aller au-delà des projets pilotes pour arriver à une solution opérationnelle acceptée. D'autres intervenants peuvent ne pas choisir cette voie, s'ils entrevoient des complications administratives supérieures aux avantages attendus en échange.

6.6 Travail en collaboration

Le travail en collaboration peut beaucoup contribuer à renforcer l'efficacité des services et à améliorer le milieu de travail de tous les intervenants. Les projets confirment la conclusion selon laquelle le travail en collaboration facilitera la meilleure utilisation de tous les intervenants en matière de santé et garantira que les services de soins de santé primaires les plus complets et les plus intégrés sont offerts à divers groupes de population. Parmi les obstacles au travail en collaboration, citons des questions de compétence, des mécanismes de réglementation et de financement imparfaits, un manque d'élaboration de politiques dans les associations de médecins et d'infirmières et dans les organismes de réglementation, et des questions médico-légales qui empêchent les médecins de collaborer autant que possible. Certains règlements professionnels doivent être changés afin d'en élargir la portée, et des modifications sont nécessaires dans les politiques et le système de santé afin de préciser les mécanismes de remboursement, notamment, pour aider tous les intervenants qui travaillent en collaboration.

6.7 Formation commune des intervenants

La formation commune des intervenants qui travaillent en collaboration est une bonne façon de faciliter le progrès. L'expérience montre les avantages et le potentiel d'une approche éducative coordonnée entre les soins infirmiers et la médecine, et elle appuie fortement les recommandations des Ontario Chairs of Family Medicine et du Council of Ontario University Programs of Nursing, qui demandent que soient offertes des possibilités de formation commune, en collaboration avec les programmes canadiens de formation en médecine familiale, dans le premier cycle, les cycles supérieurs et la formation permanente, en classe et dans un cadre clinique.

6.8 Soins infirmiers

En mettant l'accent sur les soins infirmiers, il serait plus facile de maximiser le potentiel inexploité de ce groupe d'intervenants. Il faudrait commencer par dissiper la confusion entre les divers termes et pratiques utilisés dans tout le pays. Des changements à la réglementation de la profession sont nécessaires pour permettre aux infirmières praticiennes de travailler dans plus de cadres. En prêtant davantage attention à des rôles plus vastes des infirmières et à l'établissement d'infirmières praticiennes, il est nécessaire aussi de s'assurer que les normes nationales évoluent en ce qui concerne la portée de la pratique et de partager l'information relative aux prescriptions légales qui soutiennent le nouveau rôle (par ex. : le droit de prescrire un traitement), afin de protéger la transférabilité professionnelle et de jeter les bases d'une analyse nationale.

6.9 Autres intervenants

Il faut également s'intéresser au rôle potentiel d'autres intervenants dans les soins de santé primaires. Les projets montrent qu'il y a avantage à ce que des pharmaciens jouent un rôle éducatif, effectuent un contrôle de la qualité des prescriptions et fassent partie d'une équipe. Les expériences relatives aux sages-femmes continuent de montrer qu'elles sont bénéfiques au système. Les intervenants autres que les infirmières

et les médecins offrent de réelles possibilités d'améliorer les services et les options que les organisations de soins de santé primaires peuvent proposer. Cependant, il faut clarifier et régler des problèmes persistants, qui empêchent de progresser.

6.10 Appui à la formation permanente

La formation permanente contribue à améliorer la qualité et la performance des intervenants. Cela devrait être reconnu par le biais du financement et d'autres appuis fournis aux intervenants qui travaillent dans des organisations dispensant des soins de santé primaires. La formation permanente est essentielle pour maintenir la capacité des intervenants et s'assurer que l'on offre des services modernes au public. Il serait bon d'étudier en détail des approches novatrices en ce qui concerne le transfert de connaissances et diverses techniques et technologies. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient appuyer ce domaine, de concert avec les établissements d'enseignement et les associations professionnelles.

6.11 Lignes directrices et élaboration de programmes pour la pratique clinique

Un des projets (QC303) résume bien les conséquences importantes pour les lignes directrices relatives à la pratique en disant qu'elles « constituent un des éléments essentiels de l'élaboration de mécanismes efficaces pour l'assurance de la qualité. La rédaction et l'application de lignes directrices sont deux étapes inséparables, et leur planification ne doit pas être déléguée à deux entités différentes, travaillant chacune de son côté. L'investissement dans la rédaction de lignes directrices relatives à la pratique dont le plan de diffusion et d'application n'est pas déjà établi avec les partenaires concernés, au moins dans les grandes lignes, est un mauvais investissement. » De même, le renforcement des capacités des organismes de santé, des intervenants et du public serait facilité par des lignes directrices bien pensées et tenant compte des commentaires de ceux et celles qu'elles visent.

6.12 Information du public

Le public doit être mieux préparé aux transitions qui s'opèrent dans les soins de santé primaires. Les changements devraient être expliqués clairement, en montrant que l'on croit à leurs avantages. Il est nécessaire de mieux comprendre les ressources et les solutions existantes. L'information du public doit comprendre une meilleure compréhension de nouveaux modèles et de nouveaux cadres, afin que le public et les décideurs aient confiance dans la qualité des services, quelle que soit la façon dont on y accède. Le public et les autres parties intéressées doivent également avoir des attentes raisonnables quant aux types de services possibles dans les collectivités, et il faut les aider à surmonter tout conflit lié à « l'habilitation communautaire », dans laquelle certains peuvent voir une façon de se décharger de responsabilités sur les collectivités. Parallèlement, ces dernières, une fois engagées, peuvent devenir de puissants lobbyistes, ce que devraient reconnaître ceux et celles qui mettent en œuvre des changements d'orientation. Les gouvernements devraient participer aux programmes d'information du public et encourager les collèges et universités partenaires ainsi que les associations professionnelles, entre autres, à en faire autant, afin de présenter les nouvelles orientations et les nouveaux modèles, d'expliquer les enseignements retenus et les avantages du changement, et de citer des exemples de réussite au Canada et à l'étranger.

6.13 Exemples de réussite

La possibilité d'essayer de nouvelles approches incite certains à prendre des mesures décisives afin de « révolutionner » les soins et de faire du travail en collaboration avec des médecins, des infirmières dont le rôle est élargi et d'autres intervenants la norme dans tous les cadres de pratique. Plusieurs initiatives portaient sur des aspects du dépassement de l'intégration fonctionnelle (collaboration accrue) pour arriver à des organisations à intégration verticale pour des populations particulières (par ex. : les malades mentaux) et des populations entières, comme cela existe au Québec dans l'approche dite de service complet. Il serait bon, pour stimuler le développement,

d'examiner beaucoup d'exemples de réussite qui apparaissent à différents niveaux.

6.14 Services d'urgence ou de soins d'urgence mineure

En Alberta, les services de soins d'urgence mineure dans des cadres de soins de santé primaires sont très appréciés, notamment par les personnes atteintes de maladie mentale. De plus, ils réduisent les taux d'hospitalisation. Offrir ces services dans des cadres de soins de santé primaires pose un défi stratégique, car il faut faire la différence entre les soins d'urgence et les soins d'urgence mineure. Il est nécessaire aussi de définir des lignes directrices relativement à la prestation de ces services dans des cadres de soins de santé primaires.

6.15 Liens en matière d'information et normes relatives aux données

Un soutien national est nécessaire pour étudier l'état des systèmes d'information et d'échange d'informations, et pour accroître la capacité de recherche. Plusieurs initiatives examinent des problèmes relatifs aux données (accès, disponibilité, qualité, etc.) qui empêchent de faire des jugements éclairés en pratique, de prendre les décisions nécessaires en temps opportun et de pouvoir effectuer des études utiles. D'aucuns souhaitent vivement s'appuyer sur des éléments probants issus de la pratique qui sont, comme on l'a exprimé en Alberta, la « meilleure information tirée de la pratique que les intervenants utiliseront ». Une étude nationale documente un certain nombre de difficultés en ce qui concerne l'obtention d'autorisations, à cause de règles et de protocoles qui diffèrent d'une province à l'autre; l'absence de politiques et de protocoles en ce qui a trait au partage de l'information entre les gouvernements fédéral et provinciaux; et l'incompatibilité de codage des réclamations des médecins, des sorties d'hôpital et d'autres données entre différentes provinces, ce qui constitue un obstacle de taille à la recherche nationale et interprovinciale sur les services de santé.

Il faut une volonté politique et administrative pour surmonter ces écueils. Il est urgent d'harmoniser les lois fédérales et provinciales sur la protection de la vie privée et des renseignements personnels en adoptant les règlements et les processus d'examen pertinents. La promotion de bons services de santé et d'efforts de recherche fructueux sur la santé de la population, au palier fédéral et provincial, passera par des partenariats entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, de même que par des mécanismes permettant d'établir des priorités, si l'on veut coordonner les compétences du gouvernement fédéral, des provinces et des centres de recherche universitaire.

6.16 Situations et besoins particuliers des populations

On sait, depuis un certain temps, qu'il y a des groupes de population qui ont besoin d'une attention particulière. L'expérience du FASS met en évidence des groupes qui présentent des problèmes de santé ou des risques particuliers, en milieu rural, dans le centre des villes et dans les Premières nations en général, et cela ne va pas sans conséquences importantes. Bien qu'il semble évident qu'une approche des soins de santé primaires fondée sur les « besoins » d'une population donnée tiendrait compte de leurs besoins, certaines populations sont complexes et tout simplement pas assez bien comprises ou servies à ce jour.

7. Recommandations et conclusion

Les recommandations suivantes visent les conséquences examinées ci-dessus.

7.1 Projets pilotes ou mise en œuvre?

Les prochaines étapes, en ce qui concerne la poursuite des projets pilotes ou le passage à un cadre de soutien à des organisations opérationnelles dispensant des soins de santé primaires, ne sont pas énoncées clairement dans les rapports d'évaluation des projets. S'ils ne le font pas déjà, les gouvernements devraient dépasser les conséquences à court terme des projets pilotes du FASS relatifs aux organisations de soins de santé primaires pour s'engager à long terme dans la mise en œuvre et l'amélioration continue. Cet engagement pourrait comprendre des innovations telles que des organisations de soins de santé primaires mobiles (p. ex. : des équipes comprenant des médecins et d'autres intervenants pour les collectivités rurales isolées). Il serait bon de songer à appuyer la création ou l'expansion d'organisations de soins de santé primaires, de manière à englober des organismes de santé à intégration verticale partielle ou totale.

7.2 Un ou plusieurs modèles?

Les gouvernements provinciaux devraient envisager d'adopter une politique de pluralisme dans les modèles qui acceptent des modèles antérieurs et de nouveaux modèles de soins de santé primaires. Idéalement, cette politique devrait être appliquée dans le cadre obligatoire de soins de santé primaires. Il en existe des exemples dans de nombreux pays où il s'agit d'une approche continue et dans d'autres, où il s'agit plus d'une politique temporaire.

7.3 Lignes directrices et appui pour la mise en œuvre des modèles

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient travailler en collaboration avec des intervenants associés aux modèles du FASS, afin d'élaborer des lignes directrices pour la mise en œuvre de nouveaux modèles et des approches progressives pour des modèles entiers ainsi que pour des sous-volets, comme l'installation d'ordinateurs et de logiciels. Ils devraient appuyer les intervenants qui sont capables d'accélérer et de tolérer le changement. Les gouvernements devraient également envisager de financer la formation et l'administration de transitions, de même que d'autres soutiens, comme :

- une garantie initiale de revenu pour les médecins pendant la mise en œuvre des projets;
- une formation et des consultations en ce qui concerne la structure et la gestion des organisations dispensant des soins de santé primaires; et
- des fonds de démarrage pour :
- un temps initial de planification des programmes et d'autres activités de lancement;
- la rénovation des bureaux qui accueilleront les équipes multidisciplinaires;
- des systèmes d'information et de gestion cliniques, y compris des dossiers médicaux électroniques et des systèmes communs; et
- des renseignements sur les patients afin de faciliter l'accès au système de soins de santé primaires.

La planification devrait encourager et faciliter les liens entre les sites, de même que l'échange d'informations et d'idées pour la mise en œuvre et la pratique, afin de pouvoir se replacer en perspective, de se faire part des réalisations et d'établir ce qui est réaliste. Cette démarche devrait être adoptée dans les provinces et dans tout le pays, afin de relier les sites établis et les nouveaux sites.

7.4 Ordinateurs, systèmes d'information et télésanté

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient envisager d'étudier davantage les systèmes d'information en mettant l'accent sur des systèmes de dossiers médicaux électroniques communs, afin d'élaborer des solutions viables pour les organisations qui dispensent des soins de santé primaires.

7.5 Simplicité administrative

Les gouvernements doivent veiller à ce que l'administration des programmes soit efficace et à ce qu'elle ne demande pas trop de temps aux intervenants et au personnel des nouvelles organisations. Lorsqu'un gouvernement a financé un projet, il doit réduire au minimum tous les obstacles à son succès, notamment quand ces obstacles existent dans ses propres processus. Cela revêt une importance toute particulière dans le cas des initiatives qui doivent passer du stade de projet pilote à des opérations permanentes.

7.6 Travail en collaboration

Il est nécessaire de supprimer les obstacles systémiques et autres qui gênent la collaboration. Il s'agit, notamment, de questions de compétence, de mécanismes de réglementation et de financement, et d'une absence d'élaboration de politiques dans les associations d'infirmières et de médecins, ainsi que dans les organes de réglementation. De nombreux problèmes médico-légaux empêchent les intervenants de travailler en collaboration. Certains règlements professionnels doivent être modifiés afin d'élargir la portée de la pratique. Des changements sont nécessaires dans la politique et le système de soins de santé afin de repérer les mécanismes de remboursement, entre autres, auxquels ont recours tous les intervenants qui travailleront en collaboration.

7.7 Formation commune des intervenants

Les gouvernements et les autres parties intéressées devraient appuyer la mise en œuvre des recommandations du Ontario Chairs of Family Medicine et du Council of Ontario University Programs of Nursing, qui demandent que soient offertes des possibilités de formation commune, en collaboration avec les programmes canadiens de formation en médecine familiale, dans le premier cycle, les cycles supérieurs et la formation permanente, en classe et dans un cadre clinique.

7.8 Soins infirmiers

Il faudrait une initiative fédérale, provinciale et territoriale pour définir des normes nationales en ce qui concerne la terminologie et la portée de la pratique. Cette initiative devrait comprendre des prescriptions légales favorables à l'élargissement du rôle des infirmières et des infirmières praticiennes.

7.9 Autres intervenants

Il faudrait une initiative fédérale, provinciale et territoriale pour définir des normes nationales en ce qui concerne les rôles et contributions d'autres intervenants en matière de santé dans les organisations qui dispensent des soins de santé primaires.

7.10 Appui à la formation permanente

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient étudier des façons d'appuyer, d'élaborer et de mettre en œuvre des moyens novateurs permettant d'assurer la formation permanente des intervenants en matière de santé.

7.11 Lignes directrices et élaboration de programmes pour la pratique clinique

Les organismes qui subventionnent la recherche et d'autres organismes de financement devraient continuer d'appuyer l'élaboration de lignes directrices et de programmes relativement à la pratique clinique en ce qui concerne les soins de santé primaires.

7.12 Information du public

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient développer l'information du public en ce qui concerne tous les aspects de la réforme des soins de santé primaires et appuyer ceux qui participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de réformes, y compris de nouveaux modèles dans tout le Canada. Les programmes d'information devraient expliquer clairement, à l'intention du grand public et des intervenants, les avantages qu'il y a à s'engager dans cette direction.

7.13 Exemples de réussite

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient travailler en étroite collaboration avec ceux et celles qui participent à la mise en œuvre de nouveaux modèles, afin de repérer les exemples de réussite et d'élaborer des stratégies qui s'en inspirent (par ex. : THAS en Ontario, les expériences d'infirmières praticiennes).

7.14 Services d'urgence ou de soins d'urgence mineure

Un groupe de travail représentatif sur le plan professionnel devrait examiner les politiques et les pratiques relatives aux soins d'urgence, par opposition aux soins d'urgence mineure, et leur application dans les organisations qui dispensent des soins de santé primaires.

7.15 Liens en matière d'information et normes relatives aux données

Il faudrait une initiative fédérale, provinciale et territoriale pour examiner l'incompatibilité des codes de facturation des médecins, de sortie d'hôpital et d'autres données essentielles à l'évaluation des soins de santé primaires au Canada. Cette initiative devrait définir des politiques et des protocoles en ce qui concerne l'échange d'informations entre les organismes fédéraux et provinciaux. De plus, il faudrait élaborer un programme de recherche fondé sur les projets du FASS. Un groupe de travail devrait être constitué et chargé d'étudier les sujets de préoccupation relatifs aux examens éthiques en ce qui concerne les évaluations et de définir une approche plus rationnelle.

7.16 Gestion de la transition

Il faut prévoir des zones de résistance possible au changement et réagir en faisant preuve de compréhension, en informant et en communiquant. Des changements sont nécessaires dans tous les domaines législatifs, financiers et administratifs fondamentaux, pour que toutes les ressources du système national deviennent complémentaires et soient utilisées le mieux possible. Il faut se montrer sensible à des situations et à des groupes particuliers lorsque l'on ne profite pas de possibilités d'accès aux services. Les questions relatives au lancement d'une organisation, à la transition et à la viabilité à long terme doivent être examinées dans une perspective plus large. Il faut encourager et soutenir les intervenants et les dirigeants qui sont disposés à prendre de nouvelles orientations dans la réforme des soins de santé primaires.

7.17 Conclusion

Le regain d'attention dont les soins de santé primaires font l'objet depuis peu arrive à point nommé. Les expériences des initiatives du FASS confirment que les avantages possibles pour les intervenants en matière de santé, les organisations du secteur de la santé, les gouvernements et les autres parties intéressées sont tels que les coûts d'option sont trop élevés pour qu'on les ignore. Plus important encore, les avantages potentiels que présentent le retour à un bon état de santé et à son maintien en font une priorité nationale. C'est grâce à ces expériences que l'on pourra progresser dans les soins de santé primaires.

Ouvrages de référence

Canadian Medical Association. (1994). *Strengthening the foundation: The role of the physician in primary health care in Canada*. L'auteur.

Federal/Provincial/Territorial (FPT) Advisory Committee on Health Services. (1996). *What we heard: A national consultation on primary health care*. Ottawa: Communication Directorate, Health Canada.

Health Canada. (2001). *What is population health?* <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/approach/index.html>

Marriott, J., & Mable, A.L. (2000). *Opportunities and potential: A review of international literature on primary health care reform and models*. Ottawa: Health Canada.

Marriott, J., & Mable, A.L. (1999). *Incentives, accountability and policy barriers: Inputs to incorporate into a primary care paper*. Unpublished report prepared for the Health Services Restructuring Commission in Ontario.

Marriott, J., & Mable, A.L. (1999). *The case in support of a national rural health strategy*. Unpublished report prepared for the Office of Rural Health, Health Canada, August.

National Forum on Health. (1997). *Canada health action: Building on the legacy – Final report of the National Forum on Health*. L'auteur.

World Health Organization (WHO). (1978). *Primary health care: Report of the international conference on primary health care (Alma-Ata, USSR, 6-12 September)*. Geneva: L'auteur.

Annexe A : Liste des projets du FASS touchant les soins primaires

Cet annexe contient un sommaire des projets du FASS qui ont été revus dans le cadre de la préparation de ce document. Pour de plus amples renseignements concernant ces projets, prière de consulter le site Web du FASS : www.hc-sc.gc.ca/hf-fass.

(NA221) L'utilisation des benzodiazépines chez les aînés

Bénéficiaire : Association des facultés de médecine du Canada

Contribution : 618 455 \$

Ce projet d'envergure nationale étudiait la faisabilité d'un examen de l'utilisation des médicaments à l'échelle du Canada ainsi que celle d'un volet de formation médicale continue (FMC) pour les médecins de première ligne au sujet de la prescription appropriée des benzodiazépines. La consommation abusive et la prescription inappropriée de benzodiazépines chez les personnes âgées sont toutes deux bien documentées. Chacun des huit provinces ayant des facultés de médecine aborde ce problème à sa façon. L'Ontario et le Québec ont pu identifier les médecins dont les schémas de prescription étaient potentiellement inappropriés et ont adapté les efforts d'éducation à ces personnes et ce, de manière confidentielle. Dans les différentes provinces, les interventions comprenaient des séminaires, l'envoi de matériel imprimé par la poste et du matériel d'enseignement aux patients. Quatre provinces ont également un programme de formation continue en pharmacothérapie. Deux provinces ont mis en place deux séances de FMC interactives pour petits groupes. Dans toutes les régions, l'initiative prenait une forme éducative et non coercitive. Au moment d'établir le présent rapport, l'analyse de suivi n'avait été achevée qu'en Ontario et à Terre-Neuve; dans cette dernière, on ne constatait aucun changement important sur le plan des données de prescription collective tandis qu'en Ontario, on notait une très modeste baisse au niveau des prescriptions individuelles aux aînés.

(NA305) Projet tripartite d'élaboration d'un nouveau modèle de soins primaire pour la Première nation Eskasoni

Bénéficiaire : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (région atlantique), Santé Canada

Contribution : 465 133 \$

Ce projet a conçu, mis en œuvre et évalué un modèle global de prestation de services de santé à Eskasoni, une collectivité des Premières nations du Cap-Breton, Nouvelle-Écosse. Le projet a mis en œuvre les éléments suivants : transfert permanent du gouvernement fédéral à la bande indienne locale de l'administration des soins de santé; abandon des services de médecins œuvrant en solo et la formule de rémunération à l'acte au profit d'une clinique multidisciplinaire regroupant plusieurs médecins; construction d'un nouveau complexe de soins accueillant des services de la collectivité et de l'extérieur; meilleure utilisation des médecins, des hôpitaux et des médicaments d'ordonnance; intégration des services fournis par les médecins aux programmes de santé communautaires; établissement de liens avec le centre régional de santé. Le modèle a entraîné des améliorations sur le plan de l'efficacité et de l'efficacité des programmes. Quoique toutes les données n'étaient pas disponibles au moment de l'évaluation, au cours de la première année, les visites au service des urgences ont baissé de 40 pour cent; quant aux visites chez les médecins de famille, elles sont passées de 11 par an, un niveau élevé, à 4, et le coût des médicaments prescrits a diminué de 7 pour cent et ce, malgré une augmentation de la population de 10 pour cent.

(NA321) Évaluation de modèles de soins infirmiers dans des milieux de soins de santé primaires

Bénéficiaire : The Centre for Nursing Studies, St. John's, Terre-Neuve

Contribution : 206 885 \$

Ce projet d'envergure nationale cherchait à cerner ce qui aide ou au contraire ce qui entrave les infirmières aux rôles élargis et/ou aux fonctions étendues lorsqu'elles fournissent des services de soins primaires. Les chercheurs ont établi les conditions et les définitions, ont dressé un profil des politiques et des lois pertinentes dans chaque province et territoire, ont élaboré le profil des structures ayant à leur emploi des infirmières exerçant ces rôles, et ont évalué les perceptions des

médecins, patients et infirmières envers un tel rôle professionnel élargi. Le projet a mis à jour un grand manque d'homogénéité et d'importantes variations aux quatre coins du pays en ce qui a trait à la pratique infirmière, aux lois qui la régissent, à la portée des démarcations de pratique et aux exigences en matière de formation. Dans les régions où il y a davantage de médecins, de plus nombreuses restrictions limitent le rendement des infirmières. Lorsque la disponibilité d'infirmières ayant la préparation exigée pour travailler en région isolée est réduite, les attentes et les normes relatives à la formation baissent. Les médecins sondés expliquaient que les rôles infirmiers élargis pourraient améliorer l'accès des patients aux services dans les régions éloignées, accroître la disponibilité de services de santé globaux, rehausser la qualité des soins et les résultats pour les patients. Toutefois, ils exprimaient des inquiétudes à propos de la baisse de revenus, de l'accès limité aux services diagnostiques, des entraves au recrutement et au maintien en poste de médecins et des compromis réalisés dans la continuité des soins aux patients. Les infirmières, elles, s'inquiétaient des restrictions imposées sur l'étendue de la pratique, des limites en matière de compétences et de connaissances, du manque de sensibilisation des professionnels de la santé et du public, et de la tension et de la précarité dues au manque de soutien et à la résistance des médecins. Quant aux patients sondés, ils étaient « très satisfaits » des soins prodigués par ces infirmières.

(NA342) Accroître l'efficacité des soins primaires par des modèles reposant sur la collaboration entre l'infirmière de première ligne et le médecin de famille

Bénéficiaire : Services de santé des Sœurs de la Charité d'Ottawa

Contribution : 745 695 \$

Cette étude réalisait une évaluation systématique des moyens d'améliorer la « collaboration structurée » entre les infirmières de première ligne et les médecins de famille dans deux sites d'intervention et deux sites témoins dans des régions rurales et isolées de l'Ontario. Un module d'apprentissage sur la pratique en collaboration a été élaboré, mis à l'essai, puis mis en œuvre dans les sites d'intervention. Après avoir étudié le module, les professionnels de la santé participants (infirmières de première ligne et médecins de famille) ont sélectionné cinq actions qui pouvaient être entreprises dans le cadre temporel de l'étude en vue

de renforcer leur collaboration. Le projet a constaté la survenue de changements au site d'intervention en réponse aux efforts fournis pour structurer la collaboration. Tandis que les infirmières assumaient une responsabilité accrue pour des activités de nature curative, se chargeaient de soins aux patients plus complexes, et orientaient moins de situations vers les médecins de famille, ces derniers n'ont pas modifié leurs schémas d'orientation des patients – une collaboration complète, avec un haut degré d'aiguillage dans les deux sens, ne s'est pas produite. Les chercheurs estiment qu'il faut davantage de temps et d'expérience pour que ce virage réussisse. De nouvelles lignes directrices sur les rôles ont fait l'objet d'une adaptation réussie, et au site de comparaison, les aiguillages internes vers les médecins ont augmenté durant la période visée par l'étude.

(NA366) Télécentres axés sur l'éducation et la santé communautaires (TEACH)

Bénéficiaire : Memorial University of Newfoundland

Contribution : 199 000 \$

Ce projet pilote avait pour but de concevoir, mettre en œuvre et évaluer un modèle de prestation des soins primaires et de formation dans ce domaine dans trois collectivités rurales de Terre-Neuve en faisant appel aux technologies de communication. Le projet a analysé des rapports en provenance de trois sites de services de télésanté ainsi que les formulaires d'évaluation complétés par les patients ayant participé à des vidéoconférences ou utilisé d'autres applications de télésanté; il a consulté les professionnels de la santé et le personnel technique et interviewé les acteurs clés notamment des prestataires de soins. Les clients disaient des installations de télésanté qu'elles étaient bonnes ou excellentes et qu'ils les utiliseraient de nouveau. En revanche, des problèmes sont survenus au niveau des coûts reliés aux communications par satellite et de l'absence d'un mécanisme de financement visant à régler les honoraires des médecins prodiguant des services de télésanté.

(NA369) Différences socioéconomiques dans l'utilisation des soins de santé : pourquoi y a-t-il des obstacles autres que financiers aux services « médicalement nécessaires »?

Bénéficiaire : Institut canadien d'information sur la santé, Toronto

Contribution : 213 044 \$

Lors de la réalisation d'une étude sur les différences socio-économiques à l'accès aux soins de santé au Canada, une équipe de chercheurs universitaires de cinq provinces a révélé l'étendue des imperfections et de la fragmentation du système provincial/fédéral de traitement des données de santé. Elle a ainsi effectué un examen des obstacles au rassemblement de données à des fins de recherche. Quoique que l'étude portant sur les iniquités d'accès aux médicaments d'ordonnance, aux soins à domicile et aux soins de longue durée soit encore au programme, le rapport publié par les chercheurs décrit l'ensemble impressionnant, complexe et chronophage d'approbations, d'autorisations, d'ententes contractuelles et de politiques auxquelles il fallait se plier avant que le projet ne puisse démarrer. Ils ont constaté la diversité des lois provinciales, des politiques et des procédures visant à garantir la protection de la vie privée et la confidentialité des renseignements de santé de nature personnelle; le peu de soutien accordé au partage interprovincial des données; les priorités conflictuelles des bureaucraties. Même la gestion des données posait problème car chaque province a des systèmes de codage différents pour les demandes de paiement des médecins, les données sur les congés et les données relatives à d'autres domaines, ce qui crée un obstacle de taille à la recherche interprovinciale sur l'utilisation des services de santé et leurs résultats. Les auteurs suggèrent que leur cadre organisationnel – un réseau pancanadien de chercheurs, d'analystes, de centres de recherche provinciaux et d'organismes fédéraux – pourrait tracer la voie de la recherche de demain. L'étude éclaire d'un jour nouveau le manque d'efficacité des systèmes de collecte et de protection des données du Canada, et stipule que toute amélioration de la situation exigera une volonté politique et administrative.

(NA372) La santé communautaire : quatre modèles de prestation de santé communautaire dans les communautés francophones et acadienne

Bénéficiaire : Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, Ottawa

Contribution : 211 150 \$

Ce projet décrit et analyse le fonctionnement de quatre centres de santé offrant des services en langue française à des populations francophones minoritaires de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario, du Manitoba et de l'Alberta. Les auteurs examinent également les liens communautaires associés à chaque modèle et l'incidence de ces services sur la clientèle. En général, ils constataient qu'en dépit de la faiblesse de l'exercice des pouvoirs de la communauté, la clientèle était grandement satisfaite des services fournis. Ils en ont conclu qu'il est impossible de recommander un seul modèle de soins de santé pour les francophones hors Québec, du fait de la diversité des conditions politiques et démographiques. Tous les centres avaient réussi à maintenir – et même à accroître – les services offerts en français à la communauté; la nature multidisciplinaire des centres contribuait à cette réussite. Par contre, les auteurs ont constaté la vulnérabilité des services étant donné le contexte minoritaire et l'importance du soutien du gouvernement fédéral. Ils recommandent d'étudier plus avant les besoins de santé des francophones en situation minoritaire afin de mieux y répondre.

(NA1017) Évaluation d'un programme de soins néonataux de transition

Bénéficiaire : Calgary Regional Health Authority

Contribution : 65 385 \$

Ce projet visait à évaluer une étude clinique randomisée portant sur l'impact d'un programme de soutien post-hospitalisation pour nourrissons pesant moins de 2000 grammes à la naissance. L'étude a recruté 135 nourrissons de poids insuffisant à la naissance qu'elle a répartis de manière aléatoire entre le groupe soumis à l'intervention et le groupe témoin, avec une stratification supplémentaire concernant les nourrissons de poids insuffisant à la naissance et ceux de poids très insuffisant (moins de 1500 g). Le personnel du Programme a suivi les nourrissons du groupe d'intervention pendant les quatre mois suivant leur congé de l'hôpital, dispensant des conseils d'ordre préventif et un enseignement à domicile; les nourrissons du groupe

témoin, eux, ont reçu le suivi standard de l'infirmière de santé publique. Les chercheurs ont constaté que les résultats s'amélioraient chez les nourrissons et la famille lorsqu'on leur fournissait un soutien continu. En particulier, le groupe bénéficiant de l'intervention était nourri au sein plus fréquemment et sur de plus longues périodes. En outre, ces nourrissons recevaient des suppléments vitaminiques de façon plus adéquate et voyaient leur médecin plus régulièrement tandis que les visites médicales imprévues étaient moins nombreuses. Il n'existait aucune différence pondérale entre les deux groupes six mois après le congé.

(AB301) Projets de services de soins primaires de l'Alberta

Bénéficiaire: Alberta Health and Wellness

Contribution : 11 112 759 \$ - Vingt-sept projets

Ce rapport constitue une méta-analyse de 27 programmes d'évaluation ou pilotes de l'Alberta. Les projets relevaient de six stratégies clés, à savoir : l'accès aux soins en régions rurales et éloignées, la prévention des maladies et la promotion sanitaire dans le cadre de l'amélioration des services à la collectivité, l'intervention précoce et l'éducation, la restructuration du système de santé, la prestation de services intégrés, l'amélioration de la qualité des soins et services et des applications de modèles de centres de soins communautaires. Les résultats obtenus dans le cadre des projets se traduisent, à divers degrés, par une meilleure compréhension des six dimensions nationales des soins de santé primaires. Certains projets indiquaient que les méthodes de rémunération actuelles des médecins avaient pour effet de freiner leur coopération inter- et multidisciplinaire. Bon nombre de projets illustraient la réussite de la prestation de services intégrée et se soldaient par une amélioration de la continuité des soins. D'autres projets mettaient en lumière la nécessité d'un partage d'information accru entre fournisseurs de soins, clients, organismes gouvernementaux et administrateurs. D'autres encore faisaient valoir l'importance et les avantages des stratégies d'intervention précoce et de sensibilisation du public. Les projets réalisés en régions rurales ou éloignées ont mis à l'essai des stratégies de rechange efficaces pour améliorer les soins primaires comme la télésanté, les infirmières en poste éloigné, les équipes médicales à distance et le suivi des calendriers de vaccination. Tous ces projets ont fourni un rapport

individuel que viennent compléter des feuillets d'information et des résumés.

(AB301-1) Une étude visant à appuyer le repositionnement des services et des pratiques en matière de prestation de soins de santé primaires

Ce projet visait à dégager les domaines de fragmentation et de chevauchement des services au sein de la régie régionale de la santé de Calgary. À l'aide d'un modèle systémique, les chercheurs ont étudié le système actuel de soins de santé sous trois aspects : la population, les fournisseurs et les services. Ils ont examiné tous les services, y compris les organismes à but lucratif ou non lucratif, les organismes gouvernementaux et les organismes de la régie régionale de santé, et ont les résultats en s'appuyant sur la théorie des jeux et la théorie des modèles systémiques. Le projet présente également des exemples des défis et des répercussions du changement au niveau de la prestation des soins primaires à Calgary.

(AB301-2) Une évaluation du Centre de santé communautaire d'Alexandra, un modèle de soins primaires

Ce projet analysait le centre de santé communautaire (CSC) d'Alexandra à Calgary afin d'explorer la relation entre les services sociaux et les soins de santé primaires. Ce CSC dispense depuis 26 ans des soins cliniques et psychologiques et propose un programme de développement communautaire. Il a été évalué sur les points suivants : qualité, accès, intégration des services, impact sur la santé, rentabilité et transférabilité. Les données ont été recueillies par une équipe d'évaluation interne, et les résultats ont été analysés par une équipe externe dans un contexte de soins primaires. Toutefois, le déroulement du projet a dû faire face au roulement important du personnel clé, à un soutien variable et à l'interruption du volet développement communautaire des services, ce qui en a sévèrement limité les résultats.

(AB301-3) Proposition du Centre de santé « 8th and 8th » pour une évaluation réflexe

Ce centre de santé, situé au centre-ville de Calgary, offre des services médicaux d'urgence 24 heures sur 24 ainsi que des services de santé publique et mentale, de soins continus et de liaison communautaire. Cette évaluation visait à améliorer le centre et, selon les résultats, à explorer l'implantation possible d'autres

centres de ce type dans la région. Cette étude a révélé que les services offerts par le centre étaient utilisés par un nombre important de patients qui ne travaillaient ni ne résidaient dans le centre-ville; les raisons principales de leur fréquentation du centre comprenaient son emplacement, sa commodité, la satisfaction des clients vis-à-vis des services et du personnel, les délais d'attente réduits et peut-être aussi le fait que les clients n'avaient pas de médecin de famille attiré. L'étude suggère toutefois que la continuité des soins risque de souffrir de l'intégration des soins d'urgence à un modèle de centre de santé.

(AB301-4) Amélioration des soins de santé primaires aux patients atteints de cancer en soins palliatifs

Ce projet cherchait à améliorer la qualité des soins palliatifs offerts aux patients atteints de cancer de la région régionale de la santé de Calgary. Les chercheurs ont évalué des guides de pratique clinique (GPC) pour la sédation palliative; ont facilité la transition vers les soins palliatifs par l'adoption de notes de consultation normalisées à l'intention des médecins; ont évalué les besoins éducatifs des professionnels de la santé, des patients et des proches; ont diffusé une brochure sur les soins palliatifs. L'étude a révélé que les familles et les patients souhaitaient obtenir de l'information sur les thérapies anticancéreuses parallèles et complémentaires. L'évaluation du GPC sur la sédation palliative a révélé un taux élevé de traitements inadéquats ainsi que des problèmes de gestion des cas de délire. Cependant les initiatives de diffusion de l'information ont reçu un accueil positif de la part des fournisseurs de soins palliatifs qui déclaraient que ces efforts avaient permis de dégager les attentes des fournisseurs, des patients et des familles.

(AB301-5) Évaluation d'une clinique de soins de santé primaires en fonction des paramètres de soins de santé primaires premier contact, longitudinalité, intégralité et coordination

Ce projet évaluait une clinique communautaire de médecine de famille établie à Calgary. Les chercheurs ont défini des indicateurs de qualité des soins; ont donné des ateliers à des médecins et à des infirmières; ont organisé des groupes de réflexion auprès de patients et de membres de la collectivité; ont réalisé une importante revue des écrits; ont demandé aux principaux intervenants de classer des indicateurs de

soins primaires tels que l'accès, l'intégralité et la relation médecin-patient. L'étude a révélé qu'un processus d'évaluation réussi nécessite la présence d'un(e) responsable de projet sur place, la participation active du personnel de la clinique et le soutien d'experts en méthodologie, en revue de littérature et en gestion financière. Elle a engendré plusieurs outils utiles y compris une recension des écrits sur les indicateurs de soins de santé et une liste de 50 indicateurs d'évaluation des cliniques de médecine familiale en ce qui concerne l'accès, la qualité et l'intégration.

(AB301-6) Évaluation du choix des patients du milieu urbain d'un service d'urgence à leur premier contact avec les services de soins de santé primaires

Pourquoi tant de gens préfèrent-ils se rendre dans les salles d'urgence plutôt que dans les autres services de soins primaires tels que les cabinets de médecins et les cliniques sans rendez-vous? Pour répondre à cette question, les chercheurs ont élaboré un instrument polyvalent destiné à : 1) mesurer les perceptions des gens quant à l'accès aux soins; 2) dresser le profil des patients utilisant les salles d'urgence à des fins de soins primaires; 3) cerner les obstacles à l'utilisation des autres milieux de soins. Les données ont été recueillies par le biais d'enquêtes auprès des patients, d'une revue des écrits, d'entrevues téléphoniques, de consultations auprès de groupes communautaires et d'intervenants régionaux. Même si les résultats de ce projet ont fourni un profil démographique de la population utilisant les salles d'urgence, les chercheurs n'ont pas pu élaborer d'instrument transférable ni cerner les obstacles à l'utilisation des autres services de soins primaires. L'étude révèle que la plupart des patients essaient de contacter un professionnel de la santé ou un non professionnel avant de se rendre à l'urgence, mais que c'est leur inquiétude et leur sentiment d'urgence qui les poussent à utiliser les services des urgences. Dans l'ensemble, les résultats indiquent que la majorité des patients fréquentant les services des urgences ne sont pas des utilisateurs réguliers de ces services pour ce qui est des soins primaires.

(AB301-7) Intégration des services de l'infirmière praticienne au centre-ville : une proposition visant l'évaluation des services améliorés au Centre de santé communautaire à CUPS

Ce projet est une évaluation de l'intégration d'un poste d'infirmière praticienne dans un centre de santé du centre-ville de Calgary desservant une population défavorisée sur le plan socio-économique. La clinique fort occupée, qui favorise la pratique en collaboration et qui fait appel à une équipe interdisciplinaire composée d'infirmières, de médecins, de dentistes, de chiropraticiens et d'un technicien orthésiste, reçoit environ treize mille visites de clients par an. Le but de ce projet était de savoir si les compétences et les connaissances d'une infirmière praticienne qui suit une formation la préparant à œuvrer en région rurale éloignée pouvaient être transférées à un milieu urbain déshérité. Les résultats révélaient que ce poste d'infirmière améliorait nettement l'accès aux soins. Le nombre de patients habituellement refusés a diminué de 40 pour cent et de nouveaux liens ont été établis avec d'autres milieux de santé. De plus, comme l'infirmière praticienne était à même d'aider les clients dont l'état n'exigeait pas de consultations auprès des médecins, ces derniers ont pu consacrer plus de temps aux patients qui eux, avaient besoin de leurs services.

(AB301-8) Une évaluation du Centre régional de santé communautaire d'Airdrie (ARHC)

Cette évaluation portait sur la première année de fonctionnement de l'ARHC et s'intéressait à l'application des principes des soins primaires. Les services du centre englobent la promotion de la santé et l'éducation sanitaire, des services de counselling et de prévention des maladies, des soins à domicile et des services d'évaluation et de traitement en orthophonie ainsi que des évaluations audiologiques. Les chercheurs ont découvert que l'ARHC ne répondait pas aux attentes du public relativement à un centre de santé. En effet, celui-ci voulait un service de clinique sans rendez-vous fonctionnant 24 heures sur 24 et offrant les services d'infirmières praticiennes pour les urgences mineures. Cependant, le financement public insuffisant et la régie régionale de la santé n'appuyaient pas une telle vision. En outre, la structure organisationnelle, notamment les budgets et les démarcations différentes pour les zones desservies par les programmes, a entravé la dispensation de services intégrés. L'ARHC connaissait d'autres obstacles :

chamboulements organisationnels, obstacles liés au financement, débats sans fin sur la nature des soins primaires.

(AB301-9) Amélioration et évaluation du programme COPE (Programme d'approche communautaire en pédiatrie/psychiatrie et éducation) : une initiative de soins primaires à l'école

Ce projet cherchait des manières d'améliorer et d'évaluer un programme de santé mentale scolaire qui identifie et diagnostique les enfants ayant des troubles mentaux. Le projet examinait les relations entre le personnel médical et le personnel scolaire et dans quelle mesure les parents connaissaient les troubles mentaux de leurs enfants. Le but à long terme de ce projet était de réduire les problèmes sanitaires et sociaux associés à la détection tardive des troubles mentaux. Ce projet a permis de diagnostiquer de façon plus précise, précoce et complète les difficultés émotives et comportementales et les troubles d'apprentissage chez l'enfant. Par contre, la structure de financement reposant sur la rémunération à l'acte décourage effectivement les médecins d'exercer en milieu scolaire.

(AB301-10) Évaluation des soins de santé mentale partagés en pratique de soins primaires

Ce projet visait à établir de meilleurs liens entre les médecins de famille et les spécialistes en santé mentale (psychiatres, psychologues et infirmières) en leur permettant de prodiguer leurs soins de santé mentale dans les cabinets de médecins de famille. Les soins de santé mentale ont été partagés par trois psychiatres, vingt-quatre médecins de famille, trois infirmières en santé mentale et un psychologue. L'étude a révélé que les médecins de famille participants faisaient preuve d'une efficacité et d'une confiance accrues lorsqu'ils abordaient les troubles mentaux et qu'ils pouvaient mieux reconnaître, diagnostiquer et traiter les patients atteints de tels troubles. Ils consacraient davantage de temps à leurs consultations aux patients et semblaient prescrire plus adéquatement les médicaments psychotropes. Les patients étaient satisfaits de cette formule et déclaraient apprécier la commodité et l'accessibilité des soins de santé mentale offerts en cabinet de médecin de famille ainsi que l'absence de honte qu'il en découlait.

(AB301-11) Renforcement des équipes multidisciplinaires de soins de santé primaires dans la prévention des maladies et la gestion thérapeutique coordonnée

Ce projet visait à unir les efforts de professionnels de santé communautaire afin de mieux prévenir et traiter deux problèmes de santé chronique : le diabète et l'ostéo-arthrite. Ce projet s'est déroulé en deux phases. Dans le cadre de la phase 1, des plans de traitement pour ces maladies ont été élaborés à partir des guides de pratique clinique fondée sur des résultats probants par des groupes multidisciplinaires reliés par Internet. Durant la phase 2, ces plans de traitement ont été mis en œuvre dans six centres de soins de santé primaires. Les résultats de cette étude révèlent que les outils d'information en ligne ont été d'une grande utilité pour exposer les racines des désaccords entre les membres de l'équipe. Pour ce qui est de la concertation et de la révision des plans de traitement, ces derniers préféraient des sessions face-à-face. Quoique les activités en ligne complètent les activités réalisées dans le cadre d'ateliers, elles ne pouvaient pas s'y substituer, et cette initiative de collaboration s'est heurtée à des contraintes temporelles et géographiques.

(AB301-12) Évaluation du projet « Okotoks en santé »

Le projet évaluait un programme communautaire existant intitulé Healthy Okotoks Coalition (HOC) – qui encourage la participation des citoyens et rehausse la capacité des dirigeants autochtones à aborder les enjeux de santé. Les chercheurs ont élaboré un ensemble d'instruments de mesure des résultats et des processus, ont tenté de dégager les obstacles, d'appliquer les conclusions de leur recherche à l'amélioration des processus et à la création d'un plan directeur pour l'évaluation des futurs projets « Communautés en santé ». L'étude révèle que le HOC a entraîné vingt-quatre changements de nature communautaire qui étaient autant d'améliorations du bien-être, y compris la création d'un jardin communautaire, d'un planchodrome, d'une sensibilisation accrue au syndrome de l'alcoolisme fœtal et la mise en place d'un couvre-feu pour les adolescents. Cependant, les membres de la collectivité estimaient que le projet HOC ne s'était pas suffisamment impliqué au niveau local et qu'il ne représentait pas adéquatement les besoins de tous, notamment ceux des groupes marginaux.

(AB301-14) Familles en santé – Soins de santé primaires aux familles à risque élevé

Ce projet de la Capital Health Region englobe l'évaluation des visites à domicile faites auprès de familles ayant eu leur premier enfant. Il a collaboré avec de nombreux organismes communautaires, y compris des centres de santé publics, des guérisseurs traditionnels et les services à l'enfance et à la famille en vue de cibler les familles ayant un enfant dont l'état de santé risque de pâtir de la pauvreté ou de facteurs sociaux. Le projet avait pour but d'améliorer les compétences parentales en développant les connaissances des parents et leur utilisation des services de soutien communautaire et en les aidant à améliorer leur développement personnel. Il visait également à améliorer la santé et le développement de l'enfant. Les familles participantes se sont déclarées très satisfaites des services offerts qui étaient aussi appréciés par le personnel et les autres intervenants. Les parents ont accru leurs connaissances relatives au développement de l'enfant et la plupart d'entre eux indiquaient avoir amélioré leurs rapports avec leurs enfants grâce au projet. L'étude a constaté la réduction du nombre de visites d'enfants aux salles d'urgence.

(AB301-15) Centre d'éducation Misericordia sur l'amélioration des habitudes de vie liées à la santé

Ce projet tentait de trouver une meilleure manière de fournir de l'information sanitaire aux patients atteints de cholestérolémie élevée par rapport à ce qui se passe dans le système traditionnel de rémunération à l'acte qui n'encourage pas les médecins de famille à donner à leurs patients des conseils sur les habitudes de vie saines. Le projet a mis sur pied un centre d'éducation sur le cholestérol où les patients apprenaient comment réduire les risques. Les membres de l'équipe du centre ont effectué des évaluations avant et après le programme. Celles-ci portaient sur les connaissances et les habitudes alimentaires, la condition physique et les niveaux de cholestérol. De plus, des entrevues ont été menées auprès des médecins et des clients. Les chercheurs ont découvert que les sujets du groupe expérimental et ceux du groupe contrôle avaient tous fait baisser leur taux de cholestérol et augmenté la fréquence de leurs activités physiques. Le soutien des proches et des amis s'est révélé être un facteur de motivation important. Les médecins de famille qui aiguillaient des patients vers ce programme ont reconnu l'importance de ce dernier même s'ils n'en

avaient pas pour autant changé leur pratique et qu'à l'avenir, ils référerait des patients à un tel programme s'il était offert.

(AB301-16) Évaluation du Centre de santé communautaire d'Edmonton Nord-Est (NECHC)

Il s'agit d'une évaluation du Centre de santé communautaire d'Edmonton Nord-Est (NECHC) qui applique les principes des soins primaires. Ce centre offre, entre autres les services suivants : santé de la famille, de l'enfant et des adolescents, santé mentale, santé des femmes, santé des personnes âgées; services de laboratoire et de visualisation diagnostique, audiologie, centre de soins aux asthmatiques et services d'urgence. Le projet avançait le principe d'une équipe de professionnels de santé améliorée en vue d'intégrer les services et de mieux servir la clientèle. Durant 14 mois, une évaluation interne a permis de recueillir, d'analyser et d'interpréter les données relatives aux schémas d'utilisation, aux besoins des clients et aux services, aux aiguillages, aux nouveaux enjeux et aux tendances dans le secteur Nord-Est. Les chercheurs ont conclu que les buts du centre sont fondamentalement différents de ceux des hôpitaux conventionnels et que les normes de détermination du succès doivent refléter la priorité qu'il accorde au long terme.

(AB301-18) La santé pour tous (établissements métis et régie régionale de santé de Lakeland)

Ce projet visait à améliorer la santé générale des résidents de quatre collectivités métisses du Centre-Est de l'Alberta en y installant une infirmière en poste éloigné dont le rôle consiste à fournir des programmes et des services sur place, mis à part les cas d'urgence. Il a été mis en œuvre dans le contexte d'une méfiance et d'un manque de dialogue de longue date entre les membres de la communauté métisse et les représentants de la régie régionale de santé. Un défi de taille était de combler les différences culturelles. Le projet a réussi à instaurer un climat de confiance entre les collectivités et la régie régionale. Il a aussi démontré l'importance de l'infirmière en poste éloigné à la fois comme lien avec d'autres services et comme fournisseur direct de soins. Quoique certains membres de la communauté aient signalé que l'infirmière les avait aidés à améliorer leur santé, les autorités sanitaires n'ont décelé aucune évolution des connaissances de

la population métisse à la suite des efforts de promotion de la santé.

(AB301-19) Évaluation de l'utilité de la télésanté dans la prestation des soins de santé primaires améliorés dans les collectivités nordiques géographiques isolées de Trout Lake, Peerless Lake et de Red Earth Creek

Les chercheurs évaluaient l'efficacité d'un service de télésanté en matière de prestation des soins primaires dans trois collectivités géographiquement éloignées. On estime que les services de télésanté sont utiles parce qu'ils peuvent rehausser la continuité, la quantité, la disponibilité et l'accessibilité des soins dans les collectivités isolées. Cependant, le personnel et les participants n'avaient pas reçu une formation suffisante au niveau du fonctionnement de tels services et on a constaté qu'il n'y avait pas eu assez d'interactions de télésanté pour pouvoir conclure si cette technologie permettait de fournir des soins de qualité, si elle était rentable ou si elle accroissait l'accès aux soins. La trop petite quantité de données statistiques et de perceptions des clients dont disposaient les auteurs les a empêchés de répondre à la question de départ, à savoir si la télésanté est utile ou non. Les responsables du projet ont toutefois conclu que « dans les bonnes conditions et avec une orientation appropriée », la télésanté pourrait s'avérer avantageuse pour les collectivités visées par l'étude.

(AB301-20) Quelles sont les caractéristiques des clients et les obstacles perçus qui les empêchent de respecter le calendrier d'immunisation, et quel impact aura une stratégie de refus d'immunisation sur le respect ultérieur du calendrier à six mois, douze mois et dix-huit mois?

Ce projet cherchait à augmenter les taux de vaccination dans la régie régionale de la santé de Keeweenok Lakes, une région couvrant un vaste territoire et d'une grande diversité culturelle, 50 % de ses 25 000 habitants étant d'ascendance autochtone. On espérait améliorer les taux de vaccination en invitant les personnes qui ne voulaient pas actualiser les vaccinations de leur enfant à signer un formulaire de refus ou à prendre rendez-vous pour la prochaine vaccination. Les chercheurs ont suivi le respect du calendrier relativement aux rappels de douze et dix-huit mois et de la visite préscolaire. Les chercheurs ont découvert qu'en ce qui a trait aux parents, leur

manque de connaissances au sujet des vaccins constitue peut-être le principal obstacle à la vaccination. Le manque d'accès à une clinique représentait un autre facteur de taille. Parmi les autres obstacles, on notait le manque de services de garde d'enfants et les problèmes de transport. Le projet a permis d'accroître les taux de vaccination de la région d'environ 20 pour cent. Le formulaire de refus ne constituait pas une stratégie efficace pour résoudre le problème de la sous-immunisation.

(AB301-21) Projet Famille en santé

Ce programme de visites à domicile basé sur le modèle américain « Healthy Families America », fournissait des services à long terme aux familles ayant eu leur premier enfant. Les familles participantes faisaient face à des problèmes de pauvreté, d'isolement, de jeunesse (il y avait beaucoup de filles mères), de toxicomanie et d'alcoolisme ou de violence. Le but de ce projet était de promouvoir une interaction parent-enfant positive; d'assurer le développement sain de l'enfant; de soutenir la capacité fonctionnelle des parents; de sensibiliser davantage ces derniers à l'existence des services communautaires. Les familles participantes étaient associées à une « visiteuse familiale » qui faisait des visites hebdomadaires et dispensait un enseignement aux parents, les aidait à développer leurs compétences et les orientait vers les ressources communautaires. Les familles jugeaient que le programme était excellent ou bon, et la plupart d'entre elles se sont mises à employer de façon régulière des compétences parentales positives. Dans l'ensemble, les clients pensaient que le programme les avait aidés à augmenter leur confiance relativement à l'établissement de contacts communautaires.

(AB301-22) Projet de soins de santé primaires pour le secteur d'Elnora

Ce projet vise à élaborer, mettre en place et évaluer un modèle de soins de santé primaires pour des régions rurales, qui incorporerait des principes de développement communautaire. On espérait fournir aux résidents du secteur d'Elnora des services de santé abordables, accessibles, efficaces et acceptables, en introduisant un poste d'infirmière praticienne (IP) au centre de santé rural. L'IP dispensait des services élargis : prescription de médicaments, sutures, examens physiques, commande et interprétation de tests de laboratoire. L'IP entretenait également un stock de produits d'urgence de base ainsi que le matériel et les médicaments connexes. En général, ce

projet s'intéressait aux « services de soins de santé » plutôt qu'aux facteurs contribuant à la santé. Toutefois, les services fournis par l'IP ont été utilisés et acceptés, et les clients n'avaient de mal à différencier entre une maladie ou une blessure qui exigeait l'attention du médecin et celle qui pouvait être soignée par l'IP. En outre, les clients avaient une confiance accrue dans la gestion des interventions d'urgence.

(AB301-23) Système de soins de santé primaires à distance (rural)

Ce projet pilote a fourni aux résidents de trois collectivités éloignées visées par l'étude une équipe mobile de professionnels de la santé qui s'y rendait sur une base hebdomadaire ou bihebdomadaire. L'équipe principale se composait d'un médecin, d'une infirmière, d'un pharmacien, d'un technicien de laboratoire, d'un thérapeute respiratoire et d'un orthophoniste. Une seconde équipe fournissait des soins de santé du sein, des services nutritionnels, un programme d'éducation sur le diabète, une approche communautaire, des ressources en justice pour les jeunes. Le but du projet était d'améliorer l'accès aux soins primaires; de rehausser la perception des services de santé au niveau de la collectivité; de créer des liens avec les organismes appropriés. Des relations fortes et harmonieuses ont vu le jour parmi les membres des équipes mobiles, et aussi entre le personnel et les membres de la collectivité. Les résidents rapportaient leur grande satisfaction vis-à-vis des services prodigués et ne confondaient pas les services mobiles avec les autres services de santé. En outre, on a constaté une nette amélioration en matière de consommation des médicaments d'ordonnance et de vaccination antigrippale.

(AB301-24) Soins primaires et Brooks (Projet de soins à Brooks)

Bénéficiaire : Palliser Health Authority

Contribution : 103 861 \$

Les chercheurs tentaient de déterminer les besoins de santé primaire de la population de Brooks une ville de l'Alberta qui a connu un afflux de nouveaux venus originaires de pays aussi divers que l'Iraq, la Somalie, la Bosnie et le Cambodge. Le projet avait prévu d'utiliser une approche de recherche-action pour cerner leurs besoins mais celle-ci était plus théorique que pratique; on a mis fin au projet car il ne rejoignait pas le public visé.

(AB301-25) Une évaluation de programme des Centres du diabète de la région sanitaire de la capitale

Le projet cherchait à examiner la gamme des services offerts par les centres d'éducation sur le diabète; la population desservie par chacun d'eux; le degré de satisfaction des clients; si les centres transmettent avec succès l'information relative au diabète; quels sont les obstacles, tels que perçus par la clientèle, qui limitent l'accès aux services de consultation externe pour les diabétiques. Les membres de l'équipe ont élaboré un modèle d'évaluation en vue de mesurer les résultats de la participation de la clientèle selon la perspective des clients, de leurs proches et de leurs médecins. L'étude a constaté que les clients étaient satisfaits des services et que le programme d'éducation se traduisait par une amélioration de leur état de santé et une augmentation de leurs connaissances. On ne notait aucune évolution des connaissances chez les clients qui prenaient de l'insuline. La proportion de patients qui indiquaient que leur glycémie ne se stabilisait pas a chuté, après le programme, de 64 à 22 pour cent.

(AB301-26) Services de santé primaire dans quatre collectivités rurales

Ce projet visait à établir des services de santé primaire intégrés dans quatre collectivités rurales de la East Central Regional Health Authority de l'Alberta. Il portait avant tout sur l'établissement de partenariats avec ces collectivités en vue de bâtir un système de soins de santé primaire intégré et durable qui pourrait éventuellement être appliqué à l'échelle de la région. Chaque collectivité a lancé de nouvelles activités dans le cadre du projet, allant de l'établissement d'inventaires des services à la collecte de données en passant par des activités planifiées tel qu'une tribune communautaire sur l'intimidation dans une école locale. À mesure que le projet avançait, les participants estimaient que la région écoutait les intervenants et souhaitaient que chaque collectivité aborde l'initiative à sa façon. Lors de la deuxième phase, les répondants se souciaient moins des rivalités de clocher, et tous jugeaient que le projet avait permis d'établir des partenariats réussis.

(AB301-27) Collectifs de soins de santé primaire : amélioration des habitudes de consommation de médicaments dans la collectivité (pharmacie)

Ce projet visait à améliorer l'utilisation et la gestion des médicaments aussi bien chez les patients que chez les prestataires de soins. Il espérait atteindre ses objectifs en mettant sur pied des équipes communautaires appelées « collectifs », qui se composaient d'un médecin, d'un pharmacien et d'une infirmière de soins à domicile. Le projet a sélectionné des patients à risque qui prenaient, en moyenne, cinq médicaments différents. Les patients dont l'âge moyen était de 66 ans avaient une mauvaise perception de leur état de santé. Le projet a obtenu des résultats discutables. Les patients ont pu accéder à des services de soins à domicile auxquels ils n'avaient pas accès auparavant. Ils ont amélioré de manière significative l'observance des ordonnances. Les données suggèrent une tendance à la baisse des visites chez le médecin et à l'hôpital, bien que ce résultat ne soit pas statistiquement significatif. En revanche, l'état de santé des patients ne s'est pas amélioré de façon significative.

(BC301) Projets pilotes de réforme des soins primaires

Bénéficiaire : British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors

Contribution : 9 471 197 \$

Ce projet triennal avait pour but l'établissement d'un modèle de soins primaires en C.-B. Les sept sites participant au projet ont tenté d'assurer un accès aux soins médicaux 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, un accès à la gamme complète des soins notamment la prévention de la maladie, des équipes médicales multidisciplinaires améliorées et l'amélioration de la satisfaction au travail des professionnels de la santé. Les changements comprenaient un modèle de financement des médecins par capitation ou en fonction de la population desservie, la mise en place de mécanismes d'assurance de la qualité, le prolongement des heures de service, l'amélioration des systèmes informatiques et l'intégration des services médicaux aux services communautaires. Le projet offre des leçons sur les meilleures manières de mettre en œuvre la réforme des soins primaires qui s'avère souvent difficile.

(BC404) Projet de démonstration en matière d'accouchement à domicile**Bénéficiaire : British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors****Contribution : 167 400 \$**

Ce projet a mis en place la première étude systématique des accouchements à domicile planifiés dans un milieu réglementé au Canada. Lorsque la Colombie-Britannique a commencé à régir la profession de sage-femme en janvier 1998, les sages-femmes et leurs clientes devaient participer à ce projet qui a duré jusqu'en octobre 2000. Un comité consultatif rassemblant de multiples intervenants a élaboré les protocoles guidant l'exercice des sages-femmes et un système de collecte des données avant de se tourner vers les enjeux nouveaux et de présenter des recommandations. L'équipe d'évaluation indépendante ayant repéré des situations négatives, elle a transmis les cas en question à un groupe d'experts cliniques qui a dégagé les problèmes de pratique et d'intégration. L'étude a évalué les données relatives à 862 accouchements à domicile planifiés et les a comparées à celles d'accouchements à faible risque en milieu hospitalier supervisés par un médecin et à celles de 571 d'accouchements en milieu hospitalier planifiés et supervisés par une sage-femme. Les chercheurs ont constaté que les sages-femmes sont à même de faire un dépistage adéquat des clientes, qu'elles font preuve de prudence quant aux accouchements à domicile et qu'elles coopèrent bien avec les autres travailleurs de la santé. Les accouchements à domicile planifiés se comparaient favorablement – ou étaient parfois supérieurs – aux accouchements en milieu hospitalier en ce qui concerne les taux d'hémorragie de la délivrance, les infections et les taux d'inductions, d'épisiotomies et d'autres interventions. Par contre, une partie des cas de choc obstétrical et trois morts périnatales sur quatre concernaient des accouchements à domicile. Les auteurs préviennent que la taille de l'échantillon n'était pas suffisante pour garantir la validité statistique des comparaisons en matière de risques.

(PE321) Amélioration d'un modèle intégré d'évaluation et de soins prénatals dans l'Île-du-Prince-Édouard**Bénéficiaire : Prince Edward Island Department of Health and Social Services****Contribution : 100 000 \$**

Le but de ce projet de l'Î.-P.-É. était de promouvoir les interventions en cours de grossesse afin de limiter les risques pour les nouveau-nés, les mères et les proches. Les chercheurs ont utilisé un modèle existant d'évaluation psychosociale prénatale et ont organisé, à l'intention de 73 médecins, des séances de formation sur la conduite des évaluations améliorées. On a aiguillé les clientes vers les services communautaires appropriés qui acceptaient de tenir les médecins informés des résultats pour leurs clientes. Les interventions incluaient entre autres des consultations sur l'allaitement maternel, la santé mentale, la nutrition, la gestion du stress et le renoncement au tabac. À la fin d'une période de trois mois, les médecins participants indiquaient qu'ils étaient satisfaits des séances de formation. Quoiqu'il y ait eu peu de changement dans le nombre d'aiguillages et dans la facilité d'accès aux clientes, les médecins ont été sensibilisés aux services disponibles, et la communication médecin-patiente s'en est améliorée.

(NS301) Renforcer les soins primaires dans les communautés de la Nouvelle-Écosse**Bénéficiaire : Nova Scotia Department of Health****Contribution : 2 805 678 \$**

Ce projet a mené l'essai et l'évaluation d'une nouvelle méthode de prestation des services de santé primaires qui tient compte des problèmes d'accès soulevés par la pénurie de médecins de famille dans les régions rurales et éloignées et par le manque général de coordination des services et de collaboration parmi les professionnels de la santé. Il avait pour objectif de mettre en place simultanément un nouveau type de prestataires de soins primaires (une infirmière praticienne), des systèmes de gestion d'information de pointe et des mécanismes de rechange pour la rémunération des médecins. Le programme pilote se déroule dans quatre collectivités de la Nouvelle-Écosse : Caledonia, Pictou West, Springhill et Halifax. L'établissement du nouveau poste d'infirmière praticienne a exigé l'élaboration et la ratification d'ententes de pratique en collaboration entre les

médecins et les infirmières praticiennes, des amendements à la Pharmacy Act et l'examen des problèmes d'orientation, de formation, de fonctionnement et de formation permanente. Durant la phase de démarrage, le volet système d'information a conçu et mis en œuvre avec succès un dossier clinique informatisé intégré et un système de gestion de la pratique, a installé du matériel informatique et des logiciels et s'est attaqué à la question de la facturation pro forma des infirmières praticiennes. Pour ce qui est du mode optionnel de financement, puisqu'aucun des sites n'a retenu l'option de financement global ou représentatif, on présentait les contrats de rémunération des médecins (trois d'entre eux dataient d'avant le projet). Le projet va se poursuivre jusqu'en décembre 2002 grâce au soutien du ministère de la Santé provincial, et le rapport d'évaluation final sera publié en 2003.

(NS421) Amélioration du soin chez les personnes atteintes de maladies mentales dans la communauté : modèle d'intégration de soins primaires en santé mentale

Bénéficiaire : The Nova Scotia Hospital

Contribution : 397 200 \$

Ce projet a mis à l'essai un modèle de partage des soins pour la prestation des soins de santé mentale afin d'améliorer la détection, les interventions précoces, l'accès aux services appropriés et les résultats. Le modèle de partage des soins a déployé des travailleurs en santé mentale et des psychiatres dans les milieux de soins primaires de quatre sites de la Nouvelle-Écosse : un centre de santé communautaire en plein centre-ville, deux centres de médecine familiale, l'un en zone urbaine et l'autre en zone rurale et un site de comparaison. Chaque site d'intervention était doté de trois médecins de famille ETP salariés, d'une réceptionniste, d'un psychiatre et d'un travailleur en santé mentale. Le site de comparaison, lui, avait des médecins rémunérés à l'acte. Au total, 241 patients ont donné leur autorisation écrite de participation à la recherche. L'évaluation a permis de constater que les patients des sites visés par l'intervention jouissaient d'un accès amélioré aux services de santé mentale pertinents : réduction des délais d'attente, diminution des visites à l'urgence, accroissement des aiguillages pour des consultations en santé mentale dans leur propre site, taux élevés de satisfaction des patients. Les résultats pour les patients se sont améliorés sur le plan de la santé mentale, et on

remarquait une collaboration et une communication accrues entre les divers dispensateurs de soins.

(ON221) Essai sur une base aléatoire visant à évaluer le rôle élargi des pharmaciens à l'égard des aînés qui bénéficient d'un régime provincial d'assurance-médicaments en Ontario – Seniors Medication Assessment Research Trial (SMART)

Bénéficiaire : McMaster University, Hamilton

Contribution : 677 860 \$

Cette étude évaluait un programme de cinq mois créant des partenariats entre des médecins de famille et des pharmaciens formés à la dispensation de soins cognitifs et cliniques axés sur le patient (pharmaciens à rôle élargi) afin d'optimiser la thérapie médicamenteuse chez les personnes âgées. Le projet faisait appel à un devis d'étude sur échantillon aléatoire et contrôlé en grappes représentant 889 patients âgés utilisant chacun cinq médicaments ou plus, dans 48 cabinets de médecine familiale de régions urbaines et rurales de l'Ontario. Le projet SMART associait pharmaciens et médecins de famille dans le groupe d'intervention, donnait accès aux dossiers médicaux et aux entrevues réalisées auprès des patients, facilitait les recommandations sur les problèmes liés aux médicaments et déterminait, au cours des cinq mois suivants, lesquelles de ces recommandations seraient mises en œuvre. Le rapport constate que l'expérience s'est soldée par une réussite, qu'elle était efficace et reproductible : des problèmes liés aux médicaments ont été dégagés chez 88 pour cent des patients du groupe d'intervention; les médecins ont accepté de mettre en œuvre 84,2 pour cent des recommandations reçues; après cinq mois, 56,5 pour cent de ces changements avaient fait l'objet d'une mise en œuvre réussie. L'étude n'a observé aucune différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle en ce qui concerne le nombre moyen de médicaments quotidiens ou d'unités de médicaments, la proportion respective d'utilisation des médicaments à bon et à mauvais escient, la proportion de patients signalant un problème lié aux médicaments ou un problème de qualité de vie. Les médecins et les pharmaciens déclaraient qu'ils recommanderaient cette méthode de collaboration à leurs collègues.

(ON222) Partenaires pour une thérapie communautaire anti-infectieuse pertinente et création d'une infrastructure pour la diffusion de guides de pratique clinique**Bénéficiaire : University of Toronto****Contribution : 150 000 \$**

Cette étude examinait la faisabilité d'étendre la stratégie éducative Partenaires pour une thérapie communautaire anti-infectieuse pertinente (PAACT), à l'ensemble de la province afin de lutter contre l'antibiorésistance, car elle s'était révélée efficace dans un projet pilote de 1996. Le projet avait les six objectifs suivants : établir un réseau provincial de diffusion de guides de pratique et de matériel pédagogique fondés sur des résultats probants; habiliter les médecins de famille à jouer un rôle de premier plan dans l'amélioration de l'utilisation des antibiotiques; contribuer à la réduction de la résistance bactérienne à l'échelle régionale et nationale; promouvoir l'utilisation adéquate des anti-infectieux; améliorer, chez les patients, la compréhension et l'utilisation des anti-infectieux; créer, pour les médecins, les patients et les pharmaciens, un mécanisme de communication amélioré sur les problèmes liés aux médicaments. Le projet a mis sur pied un réseau provincial de facilitateurs formés et leur a fourni de la documentation ainsi qu'un soutien en matière de programmation et d'évaluation afin qu'ils puissent former à leur tour les dispensateurs de soins primaires dans leurs collectivités. Le projet n'était pas conçu pour mesurer les changements relatifs à la prescription et à l'utilisation des antibiotiques. Le rapport tire les leçons de l'expérience et suggère que cette méthode de diffusion de l'information sur une vaste zone géographique pourrait être étendue à d'autres guides de meilleure pratique pour les soins primaires.

(ON301) Mise en œuvre et évaluation de la réforme des soins primaires**Bénéficiaire : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario****Contribution : 18 247 528 \$**

Ce projet mettait à l'essai la réforme des soins primaires dans sept sites pilotes de la province, l'une des premières étapes de l'initiative conjointe du gouvernement de l'Ontario et de l'Ontario Medical Association visant à mettre en œuvre une réforme

importante des soins primaires à l'échelle de la province. Le but de la réforme est de délaissier les soins axés sur le médecin individuel au profit de réseaux de médecins (réseaux de soins primaires) qui recrutent des patients aux fins de la prestation et de la coordination des services de santé primaire. Ce rapport d'évaluation est préliminaire en ce qu'il détaille ce qui s'est passé jusqu'au printemps 2001, lorsque 11 réseaux avaient recruté 218 398 patients et que le ratio médecin-patients variait de 1 :430 à 1 :2245. Les principaux aspects des réseaux de soins primaires comprennent le financement des services en fonction de la population desservie (par le biais d'un mécanisme soit de « capitation globale »); le recrutement de patients; un système de triage téléphonique après les heures normales d'ouverture; des encouragements aux interventions préventives, l'utilisation de la technologie de l'information pour une meilleure coordination des services. Selon ce rapport provisoire, les médecins jugeaient qu'il était encore trop tôt pour remarquer de grands changements au niveau de leur pratique, quoique la plupart semblent satisfaits des étapes de la réforme des soins primaires. La faible durée de la période d'évaluation jusqu'à présent limite la portée des conclusions que l'on pourrait tirer en matière de rentabilité. L'objectif du gouvernement est que 80 pour cent des médecins de famille se joignent volontairement au « Réseau santé familiale de l'Ontario » d'ici 2004 et il prévoit un investissement de 250 millions pour le mettre en place. Le FASS a contribué 18 millions à ces projets pilotes; il s'agit du rapport final correspondant à la première phase de l'évaluation.

(ON321) Troubles mentaux dans le contexte de soins primaires**Bénéficiaire : Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto****Contribution : 195 294 \$**

Cette étude cherchait à savoir si un classeur et un atelier de formation en santé mentale pouvaient améliorer les compétences et la confiance des médecins de premiers recours en matière de détection, de diagnostic, de gestion et de traitement des troubles communs de santé mentale. Le matériel de formation a été élaboré par la Division de la Santé mentale et par le Programme de lutte contre les toxicomanies de l'Organisation mondiale de la santé,

et selon les constatations de l'étude, les groupes de réflexion en préféraient le contenu à celui de la documentation publiée par les compagnies pharmaceutiques. Au total, 2548 médecins œuvrant dans trois milieux ont été sélectionnés pour l'envoi du matériel : classeurs, questionnaires pré-test, invitation à suivre l'atelier doté de crédits d'EMC. L'étude a évalué deux groupes de médecins : ceux qui ont retourné le questionnaire pré-test et ont assisté à l'atelier, et ceux qui ont reçu la documentation et ont complété les questionnaires sans participer à l'atelier. Les médecins des deux groupes ont rapporté une amélioration de leur confiance et de leurs compétences relatives à la détection et au traitement de la dépression et de l'anxiété, mais on n'observait aucune différence entre ceux qui avaient seulement lu le matériel du classeur et ceux qui avaient participé à l'atelier. Par contre, pour ce qui est de la lutte aux toxicomanies, les médecins qui avaient assisté à l'atelier déclaraient y avoir gagné une confiance accrue, ce que ne faisaient pas ceux qui n'avaient fait que lire la documentation.

(ON428) Stratégie coordonnée en matière d'accidents cérébrovasculaires

Bénéficiaire : Fondation de l'Ontario des maladies du cœur

Contribution : 750 000 \$

Cette étude évaluait un projet de démonstration dans le cadre de la Stratégie coordonnée de prévention des ACV, qui intègre les soins aux personnes atteintes d'accidents cérébrovasculaires (ACV) tout au long du continuum de soins, depuis la promotion de la santé et de la gestion des facteurs de risque jusqu'à la réadaptation et la réinsertion sociale en passant par les soins préhospitaliers et les soins de longue durée. L'étude examinait les efforts fournis en vue d'améliorer les stratégies de prévention secondaire dans le cadre de deux programmes pilotes et mettait à l'essai l'efficacité de certaines stratégies de marketing pour les messages concernant les signes avant-coureurs des ACV. Chaque région de démonstration a établi des réseaux et mobilisé les intervenants à sa propre façon; les variations et les avantages ou problèmes correspondants sont détaillés dans l'étude. Le projet a également ajouté des connaissances sur les processus et les protocoles utilisés dans les cliniques de prévention des ACV obtenant de bons résultats.

(QC301) L'implantation d'une approche intégrée de la gestion optimale de l'asthme sur le territoire de desserte de l'hôpital Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides

Contribution : 37 000 \$

Ce projet pilote a établi une démarche intégrée pour le contrôle de l'asthme. Il offrait une formation aux praticiens en vue d'accroître leurs connaissances sur l'asthme, de créer des liens entre les praticiens et de promouvoir l'orientation des patients vers le Centre d'enseignement sur l'asthme (CEA). Celui-ci avait pour but d'améliorer l'autogestion de l'asthme chez les patients. En général, les patients et les praticiens étaient satisfaits des activités liées au projet. Toutefois, ses aspects relatifs à l'intégration étaient moins réussis. L'étude a constaté que bien que l'on trouve la population visée aux services d'urgence, ces derniers ne constituent pas le meilleur endroit pour motiver les patients à développer leurs connaissances en matière d'autosoins.

(QC302) Projet de réorganisation des soins primaires en santé cardiovasculaire de la région de Québec

Bénéficiaire : Centre hospitalier universitaire de Québec, Direction de la santé publique

Contribution : 801 094 \$

Ce projet pilote avait pour but de réorganiser les services aux patients atteints de maladies cardiovasculaires ou à risque de l'être. Le projet concernait le territoire de quatre CLSC appartenant à la région sanitaire de Québec et englobait les services allant de la prévention à la réadaptation. Le projet a réussi à établir, dans chaque territoire desservi par un des CLSC, un réseau de praticiens provenant des secteurs public, privé et communautaire. Par contre, il n'a pas réussi à se gagner la collaboration des médecins d'exercice privé en ce qui concerne l'accroissement des consultations de prévention ou l'aiguillage des patients vers les services pertinents. L'évaluation du projet montre que les patients qui y ont participé ont amélioré, dans les trois mois, à la fois leurs activités physiques et leur régime alimentaire et qu'il était moins probable qu'ils visitent un médecin ou qu'ils soient hospitalisés durant cette période. Le leadership de la région était perçu comme étant crucial. L'établissement de normes pour les programmes

communautaires s'est avéré problématique pour les coordonnateurs du projet mais il s'agit d'une garantie essentielle de la qualité des services. Les leçons retenues concernent principalement les défis liés à la mise en œuvre.

(QC303) L'élaboration et l'application de lignes directrices pour l'optimalisation des pratiques médicales

Bénéficiaire : Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Contribution : 350 600 \$

Ce projet de démonstration avait pour but d'élaborer des lignes directrices pour la pratique. Il s'appuyait sur une démarche qui incorporait les meilleurs résultats probants et impliquait, dès le départ, des scientifiques, décideurs et cliniciens de niveau régional et provincial. Les lignes directrices visaient à optimaliser la pratique médicale en fournissant aux praticiens une information scientifique pertinente et récente. On a retenu les quatre problématiques de soins suivantes : dépistage du cancer de la prostate, traitement pharmacologique de l'angine stable, prescription d'examen d'imagerie médicale, utilisation de l'arthroscopie du genou. Ainsi, le projet a mis au point les lignes directrices régissant l'utilisation d'un test de dépistage pour le cancer de la prostate dont la mise en œuvre et la diffusion semblent avoir réduit, au Québec, l'utilisation ultérieure de l'examen de laboratoire. Cependant, les progrès limités atteints dans d'autres domaines n'ont pas permis de déterminer si de telles lignes directrices pouvaient changer la pratique médicale ou la meilleure manière d'élaborer et de mettre en œuvre des lignes directrices. Les auteurs exposent les leçons retenues dans le cadre du projet relativement aux conditions préalables au succès : planification claire, disponibilité d'outils d'analyse, leadership des associations professionnelles, accès à des données et à un financement adéquats.

(QC304) L'implantation dans les CLSC du Québec d'un protocole de dépistage systématique des femmes victimes de violence conjugale

Bénéficiaire : CLSC St-Hubert

Contribution : 495 800 \$

Ce projet pilote a conçu et mis en œuvre un protocole de dépistage de la violence conjugale et un guide connexe qui seront utilisés dans les CLSC du Québec.

La mise en œuvre du protocole consistait, en partie, à faire naître de nouvelles attitudes chez les gestionnaires et les professionnels impliqués dans la dispensation des soins primaires et à les former à la reconnaissance de la violence à l'égard de la conjointe. Les évaluations effectuées révélaient un haut taux d'utilisation du protocole, mais il reste à réaliser une étude sur les enjeux juridiques et éthiques associés à son utilisation. Au départ, le projet visait 80 CLSC, mais en fin de compte, les 154 CLSC de la province se sont montrés intéressés par la mise en œuvre du protocole. Les auteurs suggèrent que les associations professionnelles des différentes catégories de travailleurs de la santé devraient participer à cette dernière.

(QC305) Le Réseau Mère-enfant supra-régional

Bénéficiaire : Hôpital Sainte-Justine

Contribution : 2 278 514 \$

Ce projet a mis en place un « réseau mère-enfant » parmi les hôpitaux de quatre régions sanitaires du Montréal et de sa région englobant même des zones rurales au nord de la métropole, afin d'alléger la charge des centres urbains en offrant les soins primaires et secondaires dans les hôpitaux situés à proximité de la clientèle. Le projet a fait appel aux technologies de la télémédecine et à la formation à distance à l'intention des praticiens. On a réorganisé la pratique clinique afin que les mères et les enfants puissent recevoir les soins dans les hôpitaux à proximité de leur domicile, et on a élaboré des mécanismes de coordination afin de garantir un continuum de soins tout au long de la démarche de transfert. L'évaluation du projet rapporte certains succès, notamment au niveau de la coordination des opérations. Le volet télémédecine du projet a aussi permis d'améliorer l'accès aux services dans les régions isolées où les médecins ayant les qualifications nécessaires sont rares. Il n'a pas été possible d'estimer les coûts-avantages du fait des pratiques actuelles en matière de collecte des données. Les auteurs signalent qu'un des obstacles les plus épineux étaient que les parents préféraient se rendre au service des urgences de l'hôpital parce qu'ils savaient qu'ils y trouveraient des pédiatres. Ainsi, durant la brève période couverte par l'étude, les schémas d'accès n'ont pas changé de manière significative.

(QC321) Projet d'une expérience novatrice dans la région de Québec : les cliniques de périnatalité**Bénéficiaire : Centre hospitalier universitaire de Québec, Direction de la santé publique de Québec****Contribution : 96 905 \$**

Cette étude des cliniques de périnatalité de la région de Québec évaluait de nouvelles initiatives visant à fournir un continuum de soins de qualité aux femmes enceintes et à leur famille et d'identifier précocement la clientèle vulnérable afin de l'orienter vers d'autres services. L'évaluation avait pour but de fournir une rétroaction valable aux gestionnaires et aux administrateurs sur la mise en œuvre de cette nouvelle approche. L'étude essayait également d'appuyer les praticiens qui adaptaient leur pratique aux buts déclarés des cliniques. Les résultats des sondages indiquent que la clientèle était généralement satisfaite des services reçus et que les praticiens appuyaient les objectifs de la démarche. Quant au but d'atteindre une forte proportion de familles à risque, il n'a pas été atteint étant donné que cette population fait rarement appel aux services des cliniques. Les chercheurs proposent des catégories conceptuelles pour l'analyse de diverses approches à la prestation des services. En outre, ils soulignent, en s'appuyant sur les résultats obtenus, que les gestionnaires doivent accorder autant d'importance au processus de changement qu'au contenu proprement dit.

(QC323) Implantation d'un programme de formation soutenu par les technologies de l'information à l'intention du personnel infirmier pour la dispensation de services de santé en milieux isolés**Bénéficiaire : Centre de santé de la Basse-Côte-Nord, Lourdes-de-Blanc-Sablon, Québec****Contribution : 748 213 \$**

Ce projet pilote a mis au point un programme de formation continue destiné aux infirmières œuvrant en milieux isolés de la Basse-Côte-Nord du Québec. Trois unités de 45 heures chacune ont ainsi été offertes par vidéoconférence. À l'origine, le projet projetait d'enseigner aux infirmières certaines techniques avancées puisque la disponibilité de médecins était fort peu probable dans ces milieux isolés. On a dû abandonner ce but lorsque le Collège des médecins du Québec a insisté pour que les protocoles concernant la performance de ces

techniques par des infirmières reçoivent d'abord l'aval des organismes professionnels concernés. On a donc élaboré et enseigné des programmes de remplacement. Les infirmières ont ainsi acquis de nouvelles connaissances; elles exprimaient leur satisfaction générale vis-à-vis des cours, bien que la majorité des participantes rapportent des changements limités dans leur pratique. Elles réclamaient une supervision clinique en plus des vidéoconférences. L'expérience s'est soldée par une amélioration de la collaboration entre médecins et infirmières et des attitudes vis-à-vis de l'éducation à distance.

(QC324) Promotion de la prévention clinique (PPC)**Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie****Contribution : 411 585 \$**

Ce projet s'est inspiré de méthodes utilisées dans les domaines du marketing et de l'éducation des adultes pour promouvoir des pratiques de prévention démontrées efficaces auprès des médecins de famille de cabinets privés et, indirectement, auprès de leurs patients. Le projet a envoyé des délégués médicaux rendre visite aux médecins, une démarche héritée des sociétés pharmaceutiques. Ces délégués se sont informés des besoins des médecins, leur ont proposé de l'information et de la documentation qui pourraient être utiles à leurs patients, et leur ont suggéré des systèmes de bureautique qui facilitent la pratique préventive. Durant ces rendez-vous, les délégués ont déterminé quels médecins constituaient des guides d'opinion éventuels qui continueraient de promouvoir la pratique préventive auprès de leurs collègues. Le rapport du projet constate que leur leadership jouait un rôle clé dans l'intégration de la prévention dans la pratique, mais aussi qu'il existe des obstacles au niveau des médecins et des patients. Le projet a établi une voie de communication avec un plus grand nombre de médecins que prévu au départ et a tissé des liens entre la santé publique et les cabinets privés.

(QC325) Projet d'éducation des personnes asthmatiques consultant à l'urgence ou étant hospitalisées**Bénéficiaire : Hôpital Laval****Contribution : 750 539 \$**

Ce projet pilote et d'évaluation qui s'est déroulé dans dix hôpitaux du Québec a lancé un programme préventif conçu pour l'enseignement, à la clientèle asthmatique, de l'autogestion de cette maladie chronique. L'aiguillage vers les centres d'enseignement sur l'asthme (CEA) était fait par les services de l'urgence qui offraient également aux patients de l'information sur l'utilisation adéquate des médicaments. Le projet visait à réduire les visites à l'urgence et il a fait passer le nombre d'aiguillages de presque zéro pour cent à 19 pour cent des clients atteints d'asthme se présentant à l'urgence. Cependant, 8 pour cent seulement des patients ont pris rendez-vous par la suite auprès des CEA. L'étude a démontré que les services d'urgence constituent un bon endroit pour rejoindre les patients mais pas pour leur dispenser une formation. L'équipe de recherche recommande des mécanismes particuliers en vue d'intégrer la fourniture de services éducatifs préventifs dans le milieu des urgences.

(QC431) Projet de capitation dans la Municipalité régionale de comté du Haut-Saint-Laurent**Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie****Contribution : 3 171 031 \$**

Ce projet d'envergure était conçu pour intégrer les services de santé primaires dans une municipalité régionale de comté du Haut-Saint-Laurent, Québec. Il visait à fournir des soins de santé primaires efficaces et optimaux, accessibles à l'ensemble des 25 000 habitants de la région. La responsabilité de la coordination de nature territoriale a été confiée à un groupe de planification dirigés par des médecins. Les changements comprenaient la rémunération des médecins pour les heures qu'ils consacraient aux activités d'organisation et de gestion, l'embauche d'infirmières pour les centres médicaux, la restructuration des services dans l'ensemble de la MRC afin d'en augmenter la complémentarité parmi les différents établissements

et organismes. En outre, on a mis au point un système de communication pour la transmission de l'information clinique entre les praticiens et les divers établissements, et sept bases de données ont été condensées en une. Les résultats préliminaires révèlent une amélioration au niveau de la continuité; un faible taux de chevauchement entre les établissements, ce qui permet de soigner davantage de patients sur place; une utilisation décroissante des ressources hospitalières. Les chercheurs jugent que l'information de la banque de données contribuera à la ventilation efficace des ressources, en partie en permettant aux gestionnaires de surveiller l'utilisation des services sur une base individuelle. Pour continuer, le projet est actuellement à la recherche d'un financement stable.

(QC432) La participation des citoyennes et citoyens à l'émergence de solutions alternatives aux besoins de services de soins de santé primaires dans les petites communautés qui adhèrent à « Villes et villages en santé »**Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue****Contribution : 108 831 \$**

Ce projet décrivait et évaluait une démarche de développement communautaire pour la mise en œuvre des services de soins primaires dans cinq petites municipalités (ayant entre 200 et 3000 habitants) en Abitibi-Témiscamingue. Cette démarche de développement communautaire intitulée *Villes et villages en santé* (VVS) a rassemblé des comités de citoyens bénévoles, des élus et des employés municipaux et des fournisseurs de services de santé, notamment ceux du CLSC. Ces comités ont fixé les priorités et ont proposé des réponses novatrices aux besoins locaux en matière de soins primaires. La principale leçon tirée de l'expérience est que le développement communautaire est un exercice chronophage et que le démarrage d'un comité VVS et, simultanément, la réalisation de résultats concrets en matière de soins primaires représentaient un défi de taille. Les auteurs explorent les défis et concluent que ces facteurs pourraient être surmontés avec le temps.

(QC433) Modèle de soins intégrés pour patients souffrant d'une maladie chronique (le diabète) dans une approche populationnelle

Bénéficiaire : CLSC Côte-des-Neiges

Contribution : 961 214 \$

Ce projet pilote, s'appuyant sur les principes de la gestion thérapeutique et de la santé de la population, a réalisé l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'une stratégie permettant d'améliorer les services offerts aux diabétiques du quartier montréalais Côte-des-Neiges, qui comprend une vaste gamme de groupes culturels et socio-économiques. La stratégie retenue impliquait le suivi systématique des patients, la coordination des services, la formation permanente du personnel médical dans le cadre de pratiques cliniques exemplaires, la promotion des soins auto-administrés chez les patients et la mobilisation des ressources communautaires. Les auteurs rapportent l'utilisation accrue des équipes multidisciplinaires centrées sur les médecins de famille. Les patients ont amélioré leurs connaissances relatives à leur maladie et leur capacité à gérer leurs propres soins. Les auteurs recommandent l'élaboration d'une politique couvrant la gestion des maladies chroniques, notamment en ce qui a trait à la rémunération des médecins et au renforcement des réseaux de médecins de famille, mais ils signalent que peu de résultats probants appuient le rendement réel des services intégrés. Leur propre évaluation se concentre sur la démarche de mise en œuvre.

(SK321) Divers rôles des femmes dans l'économie agricole et les conséquences de ces rôles pour leur santé, leur bien-être et leur qualité de vie

Bénéficiaire : University of Regina

Contribution : 13 928 \$

Cette étude jette un regard global sur les enjeux relatifs aux agricultrices de la Saskatchewan. Les chercheurs ont réalisé une enquête auprès de 717 agricultrices et des entrevues auprès de professionnels avertis; ils suggèrent que des facteurs particuliers donnent naissance à des préoccupations de santé qui sont propres à ce groupe, comme le stress, les contraintes financières, les charges de travail élevées, l'isolement et l'utilisation de produits chimiques. L'étude s'est intéressée à une vaste gamme d'enjeux pour les agricultrices, des concepts du féminisme aux activités

de loisirs en passant par les habitudes en matière d'exercice physique.

(SK325) Programme de santé et de sécurité dans l'agriculture

Bénéficiaire : Midwest District Health

Contribution : 82 681,32 \$

Ce projet avait pour but de réduire l'incidence des maladies et des accidents professionnels chez les agriculteurs du Midwest District de la Saskatchewan. Presque la moitié de la population active de cette région cite l'agriculture comme emploi primaire. Le projet a embauché une infirmière autorisée qui a offert des services de dépistage et d'éducation sanitaires à 159 agriculteurs à l'échelle du district en parcourant ce dernier dans une unité mobile de santé et de sécurité. Les participants y passaient une épreuve fonctionnelle respiratoire, un test auditif, des évaluations du dos et des articulations et des évaluations relatives au stress. L'infirmière a également donné un enseignement personnalisé et a aiguillé les sujets vers d'autres professionnels de la santé lorsqu'il le fallait. On encourageait les agriculteurs à dégager les risques pour leur propre santé et à prendre des mesures en vue de les réduire. Ce projet a été bien accueilli par les agriculteurs participants et ils étaient nombreux à dire que le programme les avait amenés à changer leurs pratiques de travail afin de réduire les risques et d'améliorer leur santé. Presque tous ont ajouté qu'ils conseilleraient le programme à autrui et que l'approche mobile des soins était plus efficace que ce qui avait été fait jusque-là. Un nombre important de participants a été aiguillé vers des spécialistes.

(SK326) Programme enrichi de réadaptation en milieu rural

Bénéficiaire : Assiniboine Valley Health District

Contribution : 177 513 \$

Ce projet visait à améliorer les services de réadaptation dans le Assiniboine Valley Health District en faisant appel à trois physiothérapeutes auxiliaires à temps plein qui travaillaient aux côtés de deux physiothérapeutes eux aussi à temps plein. Les trois physiothérapeutes auxiliaires ont été embauchés à un salaire moindre que celui des physiothérapeutes en titre pour s'occuper de diverses tâches dont le travail de bureau, l'enseignement aux patients et la conduite de cures de mouvements. Une évaluation interne a

conclu que le nombre de patients recevant un traitement et la fréquence des traitements avaient augmenté tandis que la durée d'hospitalisation des patients avait, elle, diminué. De plus, il y avait une baisse du nombre de blessures au dos, aux épaules et au cou chez les professionnels des soins de santé et du nombre de chutes chez les patients. Toutefois, l'étude a également découvert que les patients devaient attendre plus longtemps les services de physiothérapie, une situation qui, selon les chercheurs, était due à l'accroissement des renvois par les médecins convaincus que le système pouvait répondre aux besoins.

(SK327) Programme de services aux survivants : projet pilote proposé pour un modèle de prestation intégrée de services à des femmes ayant subi des sévices sexuels dans leur enfance

Bénéficiaire : Tamara's House Services for Sexual Abuse Survivors Inc.

Contribution : 151 000 \$

Cette évaluation de trois thérapies non conventionnelles a été réalisée par Tamara House de Saskatoon – une halte-accueil communautaire à but non lucratif pour les survivantes de la violence sexuelle. Il s'agissait de : Aroma-Massage – massage alliant des huiles essentielles et une ambiance musicale; Reiki – stimulation des méridiens pour libérer l'énergie bloquée; Approches corporelles et psychodrame – traitement de défoulement. Près de la moitié des participantes ont également continué à recevoir un soutien thérapeutique de la part de conseillères ou de groupes d'entraide. Des données qualitatives et quantitatives ont été recueillies auprès d'évaluateurs de l'extérieur, de praticiens et de participantes. Les participantes à l'étude s'enthousiasmaient pour ces trois thérapies parallèles.

(SK330) Transition à un modèle de services intégrés de soins primaires de santé

Bénéficiaire : University of Saskatchewan

Contribution : 318 726 \$

Cette étude cherchait à apprendre comment faire passer la prestation des services de santé dans les centres-villes d'un modèle « biomédical » conventionnel à un modèle soulignant les services intégrés, la prévention, les soins de courte durée, les soins à domicile et l'assurance-médicaments. Un projet pilote de recherche à « participation élevée » a été mis en place dans le centre-ville de Regina et de Saskatoon, où les taux de maladies chroniques augmentent rapidement, où l'utilisation du service des urgences est forte, et où les clients sont fréquemment réfractaires aux conseils médicaux. Des personnes appartenant aux collectivités visées ont mis au point et administré un sondage relatif à la santé, et cette méthodologie « d'intervention de nature transformationnelle » a engendré un très haut degré de réponse au questionnaire : 94 pour cent à Saskatoon et 57 pour cent à Regina (où des modifications effectuées par le district de santé ont enlevé au projet une partie de sa nature communautaire). En outre, les clients ont cerné des lacunes et des chevauchements dans les services fournis par le système formel et par les organismes à but non lucratif de Saskatoon et ont mis sur pied un forum mensuel sur la santé qui fait de la sensibilisation sur les préoccupations communautaires. L'étude a déjà eu des répercussions pratiques : ainsi, les autorités municipales ont procédé à de rapides améliorations physiques (p. ex celle de l'éclairage des voies publiques), mais il est encore trop tôt pour déterminer s'il y a eu un virage vers la prévention en matière de santé.

(SK331) Suivi de l'impact des services de santé familiaux offerts aux familles à faible revenu**Bénéficiaire : Saskatchewan Social Services****Contribution : 113 345 \$**

Cette étude examinait l'utilisation que faisaient des familles assistées et des familles de travailleurs à faible revenu d'un programme provincial de prestations de santé et la manière dont un changement des formes de protection modifiait l'utilisation des services de santé. Le plan Family Health Benefits (FHB) est un régime de santé complémentaire que la Saskatchewan a lancé en juillet 1998 et qui vise à réduire, chez les familles à faible revenu, l'impact financier des services de santé aux enfants et d'empêcher que les coûts de santé éventuels n'interdisent aux parents de rechercher un emploi. Dans le cadre du FHB, des familles de travailleurs à faible revenu reçoivent plusieurs prestations de santé qui étaient jusque-là réservées aux familles assistées. On a passé en revue trois services : chiropractie, médicaments d'ordonnance et optométrie. Dans l'ensemble, l'étude a déterminé que les familles assistées utilisaient davantage les services de santé que les nouveaux prestataires du programme FHB conçu pour les travailleurs à faible revenu.

(SK334) Évaluation du programme de développement : Centre santé-reproduction axé sur les jeunes de Planned Parenthood**Bénéficiaire : University of Regina****Contribution : 166 665 \$**

Ce rapport constituait une évaluation du Centre santé-reproduction que Planned Parenthood exploite à Regina et qui a vu sa clientèle annuelle quadrupler en cinq ans. Quoique l'étude ait constaté que la majorité des médecins et des conseillers (soit plus de 80 pour cent) de la région étaient au courant de son existence, ils étaient seulement un peu plus de 50 % à connaître l'éventail complet des services proposés. Les adolescents, eux, y avaient été encore moins sensibilisés : 31 pour cent d'eux n'en avaient « jamais entendu parler » et 80 pour cent ne savaient pas où il se trouvait. Cependant, une enquête a confirmé

que le centre s'était taillé une image positive auprès de ses utilisateurs grâce à la bienveillance et à la confidentialité des soins et à la rentabilité des services. Les résultats de l'étude (p. ex. arrivés en 12^e année, 44 pour cent de tous les élèves ont eu des rapports sexuels et la majorité d'eux étaient peu au courant de la meilleure méthode de prévention de la grossesse et des maladies transmises sexuellement) démontrent qu'il faut continuer de mettre l'accent sur l'éducation en matière de santé-sexualité.

(NF301) Projet d'amélioration des soins de santé primaires**Bénéficiaire : Department of Health and Community Services, Government of Newfoundland and Labrador****Contribution : 2 181 823 \$**

Ce projet a évalué le Primary Health Care Enhancement Project (PHCEP) de Terre-Neuve, dans trois sites ruraux de la province. Le PHCEP, une initiative de la province de Terre-Neuve et du Labrador qui était financée conjointement par elle et le FASS, s'intéressait à trois problèmes de santé rurale urgents : le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé, la continuité des soins; le passage à un modèle de soins primaires. Les problèmes de recrutement et de maintien en poste ont été abordés par le biais de services médicaux multidisciplinaires et d'unités d'enseignement à chaque site. On a réglé le problème de la continuité des soins en créant des postes d'infirmières praticiennes. La troisième composante était l'utilisation de matériel de vidéoconférence pour les consultations cliniques, la diffusion d'information relative à la santé et les possibilités de perfectionnement professionnel.

