

AU POINT DE RUPTURE :

Les chefs de file de la santé échangent des idées
pour accélérer la réforme des soins de santé primaires

MAI 2010

Relier les points
touchant la valeur
des soins de santé
primaires

Mettre en place
des structures
de gestion

Lier les ententes
de financement
au renforcement
des soins de santé
primaires

Accorder plus
d'attention à la
simple gestion
du changement

Au début de l'année, le Conseil canadien de la santé a organisé une journée de discussions sur la réforme des soins de santé primaires par le canal du *McMaster Health Forum*.

Vingt chefs de file du système de santé venus de tous les coins du pays se sont réunis pour débattre de certaines options qui permettraient d'améliorer les soins de santé primaires au Canada, par exemple multiplier les initiatives visant à mieux gérer les maladies chroniques, et favoriser l'expansion des équipes de soins.

Les participants ont exprimé leur point de vue sur ces choix, mais il est devenu vite évident qu'ils souhaitaient élargir le débat aux enjeux de la réforme des soins de santé primaires et aux actions qui permettraient de la faire avancer plus rapidement.

Refaire le fondement :

Tout au long de la journée, les participants sont revenus constamment aux mesures clés qui pourraient avoir des effets réels sur la capacité de fournir aux Canadiens des soins de santé primaires de qualité. Ces mesures sont répertoriées sur la couverture, et décrites plus à fond un peu plus loin dans ce document. Mais avant d'expliquer ce qui devrait arriver en matière de réforme des soins de santé primaires, il nous faut d'abord voir où nous nous trouvons aujourd'hui.

Place aux changements

Le point de rupture : En sommes-nous là?

L'amélioration du système de soins de santé primaires est une des grandes priorités des réformes du système de santé d'un bout à l'autre du pays depuis plus d'une dizaine d'années. Dans les accords historiques de 2003 et de 2004 sur la santé, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont convenu de mettre en œuvre une série de réformes. Depuis, les gouvernements ont, entre autres, prolongé la dispensation de soins après les heures normales de travail, créé de nouvelles équipes de soins de santé et essayé d'accroître l'utilisation des dossiers de santé électroniques¹.

En 2000, bien des gens pensaient que la réforme des soins de santé primaires irait en s'accéléralant, étant donné l'intérêt accru des gouvernements pour l'amélioration du système de santé. Cette année-là, le gouvernement fédéral créait un fonds de 800 millions de dollars pour l'adaptation des soins de santé primaires (succédant au fonds de 150 millions de dollars pour l'adaptation des services de santé), devant financer des projets qui, à travers tout le Canada, allaient expérimenter de nouvelles méthodes de prestation des soins de santé primaires¹. Les participants au dialogue du *McMaster Health Forum* ont discuté l'opinion largement partagée que ces investissements n'ont pas abouti aux réformes à grande échelle que l'on attendait.

Depuis quelques années, la réforme des soins de santé primaires a de nouveau le vent en poupe. Les progrès accomplis par plusieurs administrations dans différents aspects de la réforme des soins de santé primaires ont été soulignés au cours du dialogue du *McMaster Health Forum*. En outre, les activités de recherche et de collecte de données d'organisations nationales comme l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) se concentrent de plus en plus sur les améliorations dans la dispensation des soins de santé primaires^{2, 3, 4}.

Cependant, les participants au dialogue du Forum déclarent que les changements devraient se produire plus rapidement et sur une plus vaste échelle dans tous les secteurs de compétence. En ce qui concerne sa capacité à fournir des soins primaires de qualité, le Canada a encore du chemin à faire pour se trouver là où il devrait, et où il faudrait qu'il soit. D'autres pays font mieux, disent-ils. Pourquoi pas le Canada? Les participants ont mentionné la nécessité de relier les points pour parvenir à une vision d'ensemble des soins de santé primaires — la nécessité de réorienter la façon dont notre système est géré, utilisé et financé. De l'avis de tous, bien comprendre cela est de première importance pour obtenir un système de soins de santé primaires de qualité et atteindre une durabilité dans le plus vaste système de soins de santé.

En ce qui concerne sa capacité à fournir des soins primaires de qualité, le Canada a encore du chemin à faire pour se trouver là où il devrait, et où il faudrait qu'il soit.

La qualité des soins : Un problème criant qu'on ignore

La majorité des Canadiens pensent que les soins qu'ils reçoivent de leurs prestataires de soins primaires sont très bons ou excellents¹. Toutefois, comme l'ont dit plusieurs participants au dialogue du Forum, peut-être que le public ne sait pas quelle qualité de soins il pourrait — et devrait — recevoir.

Comme l'a déjà rapporté le Conseil de la santé, le système canadien de soins de santé primaires est distancé par ceux de pays occidentaux similaires, lorsqu'on compare la dispensation de soins après les heures de travail, les temps d'attente, la gestion des maladies chroniques, la santé mentale, l'amélioration de la qualité et les dossiers médicaux électroniques⁵. Beaucoup des sujets ciblés par les enquêtes internationales indiquent un manque d'organisation et de soutien du système au Canada, en comparaison d'autres pays⁶.

L'incidence croissante des maladies chroniques signifie qu'un plus grand nombre de Canadiens ont besoin de davantage de soutien de la part de leurs prestataires de soins primaires. Parallèlement, les médecins de famille indiquent que s'occuper de patients aux besoins plus complexes pèse de plus en plus lourdement sur l'exercice de leur profession⁷. La recherche montre que les soins en équipe constituent une façon d'améliorer la qualité des soins, puisque les équipes offrent un meilleur accès aux services, des temps d'attente plus courts et une meilleure coordination des soins. Une approche d'équipe peut aussi se traduire par la dispensation de soins plus complets, en

Peut-être que le public ne sait pas quelle qualité de soins il pourrait — et devrait — recevoir.

particulier pour les personnes atteintes de maladies chroniques⁸. Mais les équipes comme les médecins en pratique privée ont besoin d'un meilleur soutien en termes d'infrastructures, en particulier de systèmes électroniques intégrés pour la gestion des données des patients⁶. Le Canada se situe régulièrement à la queue du peloton international dans ce domaine. Seulement 37 pour cent des médecins de famille canadiens ont recours à des dossiers de santé électroniques pour leurs patients, le taux le plus faible des 11 pays occidentaux faisant l'objet de l'enquête⁹.

Les participants du dialogue du *McMaster Health Forum* font observer que la réussite dans l'implantation des dossiers de santé électroniques repose sur leur financement, soit par le biais d'investissements directs du gouvernement, soit au moyen de mesures d'incitation pour aider les médecins et les équipes à acheter le matériel et les logiciels ainsi qu'à payer les formations et le soutien technique, et pour susciter parmi les prestataires des soins de santé des « champions » qui feront campagne en faveur des dossiers de santé électroniques. Idéalement, ceci devrait se réaliser dans tous les secteurs de compétence, pour tous les domaines de pratique.

Militer pour le changement : La nécessaire analyse de rentabilité

Quand les gouvernements appliquent leur volonté politique à des questions de politique publique, les choses changent. Les participants du dialogue du Forum évoquent le besoin de champions de la réforme des soins de santé primaires, mais aussi le fait que, pour la défendre, les politiciens, les cliniciens et les gestionnaires des soins de santé ont peut-être besoin d'un dossier de décision ou une analyse de rentabilité plus solide. Dans le climat économique actuel, en particulier, les ministères de la Santé pourraient tirer parti de preuves plus convaincantes pour établir clairement le bien-fondé d'accorder des ressources supplémentaires aux soins de santé primaires et pour justifier des réinvestissements.

Des organisations nationales comme l'ICIS, les IRCS et la FCRSS essaient de combler ces lacunes dans les données. Mais comme en conviennent les participants, même avec une plus grande précision dans le dossier de décision, il n'est pas facile de changer toutes les composantes du système. Des réformes importantes peuvent modifier la façon dont on finance les établissements et les professionnels. Les participants ont expliqué que les gouvernements risquent de recevoir du public des critiques plutôt que des éloges s'ils essaient de changer le statu quo dans le but d'améliorer le système de santé. Cependant, comme on l'a constaté, il existe quand même des exemples inspirants — certains gouvernements arrivent à opérer des changements et à faire reconnaître publiquement leurs initiatives.

Parvenir au but : Comment accélérer la réforme

L'objet du *McMaster Health Forum* n'était pas d'arriver à un consensus, mais plusieurs domaines d'attention prioritaire se sont dégagés en diverses occasions au cours de la journée. Les participants ont reconnu qu'en intensifiant les actions dans ces domaines, on accélérerait la consolidation des soins de santé primaires dans tout le Canada.

Premièrement, il faut travailler sérieusement à relier les points touchant la valeur des soins de santé primaires d'une façon qui trouvera un écho chez les politiciens, les gestionnaires du système de santé, les prestataires de soins de santé et le public. Ceci consiste : à rendre aux soins de santé primaires, par le biais d'un dossier de décision ou par un autre moyen, leur fonction de fondement du système de santé; à expliquer la grande utilité du rôle des équipes de soins de santé primaires dans les progrès accomplis sur des questions importantes, comme la gestion des maladies chroniques; à améliorer les liens entre diverses initiatives ciblant le renforcement des soins de santé primaires au Canada, mais aussi au sein même de chacune.

Deuxièmement, il faut mettre en place des structures de gestion appropriées entre les ministères de la Santé et l'échelon régional ou communautaire de la prestation de soins de première ligne afin d'orienter et d'appuyer le processus de consolidation des soins de santé primaires. Dans certains secteurs de compétence, des structures de gestion sont en place, dans d'autres, non. Ailleurs, elles ne sont pas aussi efficaces qu'il le faudrait pour obtenir des résultats. Les participants du dialogue du Forum croient que les soins de santé primaires ont besoin d'une instance

organisationnelle à l'échelon de la collectivité ou de la région, comparable à ce qui existe pour les hôpitaux et les services de santé communautaires. À ce niveau, cette instance constituerait une force d'intégration et servirait de lien entre le gouvernement et les équipes et les professionnels des soins de santé qui supervisent et dispensent les soins. Sans cette approche, personne n'a ni l'autorité ni la responsabilité de déterminer comment coordonner les soins de santé primaires avec les autres services de santé.

Un autre rôle que ces structures de gestion rempliraient serait d'assurer qu'on accorde une plus grande importance à l'amélioration des résultats cliniques moyennant la mesure de l'efficacité. Dans le cadre du dialogue du *McMaster Health Forum*, on a pris acte des initiatives d'amélioration de la qualité à l'échelle de l'ensemble du système lancées par plusieurs secteurs de compétence; les participants ont reconnu que la plupart des autres administrations n'en sont pas encore là. La difficulté tient en partie au fait que les données actuellement recueillies par les prestataires de soins de santé et par les ministères de la Santé ciblent davantage les ressources (par exemple, le nombre d'équipes de soins de santé) que l'accès à des soins de qualité et l'amélioration des résultats de santé qui en découle. Ce sont les résultats du système — et non ce qui constitue le système — qui ont un retentissement auprès du public. Tant les participants du dialogue du Forum que le Conseil canadien de la santé sont convaincus qu'une utilisation accrue des dossiers de santé électroniques et des systèmes intégrés d'information sur la santé est essentielle à cette capacité d'arriver à cerner l'amélioration de la qualité.

LE MCMASTER HEALTH FORUM

À propos du *McMaster Health Forum*

Pour les citoyens intéressés ainsi que pour les théoriciens et les acteurs influents, le *McMaster Health Forum* s'efforce d'être un carrefour à l'avant-garde de l'amélioration des résultats de santé par la résolution de problèmes collective. Actif à l'échelle régionale ou provinciale, mais également à l'échelle nationale, le Forum canalise l'information, convoque les parties intéressées et donne aux chefs de file disposés à l'action les moyens de répondre de façon novatrice aux problèmes urgents de la santé. Le Forum intervient en tant qu'agent de changement en dotant les parties intéressées d'outils leur permettant d'établir des priorités, de lancer des actions mûrement réfléchies et de communiquer efficacement la raison d'être de ces actions.

À propos de la séance de travail du 8 janvier 2010 : Le renforcement des soins de santé primaires au Canada

Parmi les 20 participants de la séance confidentielle du 8 janvier 2010, on comptait : cinq responsables politiques; quatre gestionnaires de

district ou de région, ou appartenant à un organisme central de prestation de soins; cinq employés ou membres d'associations ou de groupes de prestataires; deux membres ou employés de groupes de patients ou d'intérêt public; deux chercheurs; deux représentants du Conseil canadien de la santé.

Ce débat offrait aux chefs de file de la santé une occasion d'échanger leurs idées et leurs points de vue sur l'état de la réforme des soins primaires, dans le but d'appliquer à leurs propres activités ce qu'ils apprendraient dans le cadre de ce dialogue.

On peut trouver un résumé de la rencontre du 8 janvier¹⁰ et une synthèse des connaissances¹¹ ayant servi à stimuler cette discussion au www.conseilcanadiendelasante.ca. Ces documents, préparés par le *McMaster Health Forum*, approfondissent le contexte du débat résumé dans le présent document et se réfèrent aux activités des secteurs de compétence; toutefois, ni le nom ni l'appartenance des participants ne sont indiqués.

Les patients recevraient de meilleurs soins et chaque province ou territoire posséderait un système de santé plus durable.

Troisièmement, les ententes de financement qui se négocieront avec diverses professions et organisations au cours des cinq prochaines années devraient énoncer clairement l'objectif de renforcer les soins de santé primaires.

Les participants du *McMaster Health Forum* ont évoqué l'importance pour les gouvernements de lier leurs ententes de financement avec les médecins et autres intervenants à des objectifs de politique publique concernant les soins de santé primaires. Ils ont aussi parlé de la nécessité d'examiner de plus près le financement général du système. Par exemple, si une équipe de soins de santé offre des rendez-vous après les heures de travail, et que par conséquent, le nombre de visites aux urgences diminue, pourquoi les économies ne reviendraient-elles pas à l'équipe, plutôt qu'au budget de l'hôpital? Ceux qui mettent en pratique les bonnes solutions devraient être récompensés (ou tout au moins ne devraient pas être pénalisés) pour ces actions constructives. Il est généralement admis qu'il faudra en arriver à des échanges en matière de financement entre le système des soins actifs et les systèmes de soins communautaires et de soins de santé primaires; toutefois, la meilleure façon de concrétiser cette notion reste difficile à définir.

Enfin, les participants du dialogue du *McMaster Health Forum* estiment qu'il faut accorder plus d'attention à la simple gestion du changement. Ils ont cité des articles de recherche et des expériences montrant comment la gestion du changement a permis, dans divers contextes, d'atteindre les buts des soins de santé primaires. Par exemple, les médecins de soins primaires qui travaillent en solitaire dans des cabinets privés ont besoin d'aide pour changer leur façons de faire. Les équipes ne se créent pas toutes seules. Le changement ne peut s'obtenir qu'avec de meilleures communications, un soutien et la participation de toutes les parties.

C'est parce qu'il juge qu'au Canada les soins de santé primaires n'ont pas atteint le niveau requis, alors même qu'augmentent les pressions qui s'exercent sur ce système, que le Conseil canadien de la santé a organisé la rencontre du *McMaster Health Forum*. Les participants ont partagé leurs connaissances sur les meilleures approches et sur les actions innovatrices, soulignant par là leur engagement envers les buts de la réforme des soins de santé primaires.

Le Conseil de la santé estime que si chaque secteur de compétence faisait siens les quatre domaines d'intervention particuliers définis à la réunion du *McMaster Health Forum*, les soins de santé primaires du Canada feraient de grands progrès. De ce fait, les patients recevraient de meilleurs soins et chaque province ou territoire posséderait un système de santé plus durable.

RÉFÉRENCES

1. Conseil canadien de la santé (2008). *Refaire le fondement : Mise à jour sur le renouvellement des soins de santé primaires et des soins à domicile au Canada*. Toronto : Conseil de la santé.
2. Institut canadien d'information sur la santé (2009). Soins de santé primaires. [page Web]. www.cihi.ca.
3. Canadian Medical Association Journal (2010). CIHR pledges to tackle primary health care. *CMAJ*; 182 (4) : E188-9.
4. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2010). Les services de santé de première ligne et la FCRSS. [page Web] www.chsrf.ca.
5. McMurchy D. (2009). *Quels sont les caractéristiques et les avantages fondamentaux de services de santé de première ligne de qualité?* Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
6. Hutchison B. (2008). A long time coming: Primary health care renewal in Canada. *Healthcare Papers*; (8)2 : 14, 15.
7. Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2007). Sondage national des médecins 2007 – Résultats nationaux par MF/omnipraticien ou autre spécialiste, sexe, âge et pour l'ensemble des médecins. www.nationalphysiciansurvey.ca.
8. Barrett J., Curran V., Glynn L., et coll. (2007). *CHSRF Synthesis: Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
9. Schoen C., Osborn R., Doty M.M. et coll. (2009). A survey of primary care physicians in 11 countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Affairs*; exclusivité Web, 5 novembre 2009 : w1171 – w1183.
10. Lavis J.N., Shearer J.C. (2010). *Dialogue Summary: Strengthening Primary Healthcare in Canada (Dialogue 2)*. Hamilton, Canada : McMaster Health Forum, 8 janvier 2010.
11. Lavis J.N., Shearer J.C. (2010). *Issue Brief: Strengthening Primary Healthcare in Canada*. Hamilton, Canada : McMaster Health Forum, 8 janvier 2010.

APERÇU DU CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ

Les premiers ministres du pays ont créé le Conseil canadien de la santé par leur *Accord sur le renouvellement des soins de santé* en 2003, puis renforcé son rôle par le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* en 2004. Le Conseil fait rapport sur les progrès réalisés quant au renouvellement des soins de santé, sur l'état de santé des Canadiens et sur les résultats de santé au sein de notre système. Notre objectif est d'avoir une vue d'ensemble, à l'échelle du système, sur la réforme des soins de santé au nom du public canadien, en portant tout particulièrement attention à la responsabilisation et à la transparence.

Les administrations participantes ont nommé au Conseil des membres qui représentent leur gouvernement respectif, de même que des membres qui ont l'expérience de domaines très divers comme les soins communautaires, la santé des Autochtones, les soins infirmiers, l'éducation à la santé, l'administration, les finances, la médecine et la pharmacie. Les administrations participantes comprennent la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le gouvernement fédéral.

Financé par Santé Canada, le Conseil canadien de la santé est un organisme indépendant, sans but lucratif, dont les membres sont les ministères de la Santé des administrations participantes.

Vision du Conseil

Un public canadien bien informé et en santé, qui croit en l'efficacité, la durabilité et la compétence du système canadien de soins de santé à promouvoir la santé et à répondre aux besoins de santé des Canadiens et Canadiennes.

Mission du Conseil

Le Conseil canadien de la santé favorise la transparence et la responsabilisation en évaluant les progrès accomplis quant à la qualité, l'efficacité et la durabilité du système. En effectuant une surveillance perspicace, en présentant des rapports publics et en favorisant des discussions éclairées, le Conseil met en évidence ce qui aide ou ce qui nuit au renouvellement du système de soins de santé et au bien-être des Canadiens et Canadiennes.

Le Conseil canadien de la santé voudrait remercier Santé Canada de sa participation financière. Cette publication ne reflète pas nécessairement les opinions de Santé Canada.

Au point de rupture : Les chefs de file de la santé échangent des idées pour accélérer la réforme des soins de santé primaires

Mai 2010

ISBN 978-1-897463-69-7

Comment citer cette publication :

Conseil canadien de la santé (2010). *Au point de rupture : Les chefs de file de la santé échangent des idées pour accélérer la réforme des soins de santé primaires*. Toronto : Conseil de la santé. www.conseilcanadiendelasante.ca.

Le contenu de cette publication peut être reproduit, en tout ou en partie, à des fins non commerciales uniquement et avec le plein consentement du Conseil canadien de la santé.

© [2010] Conseil canadien de la santé

This publication is also available in English.

MEMBRES DU CONSEIL

Représentants gouvernementaux

D^r Bruce Beaton – Yukon
M. Albert Fogarty – Île-du-Prince-Édouard
D^r Alex Gillis – Nouvelle-Écosse
M. Michel C. Leger – Nouveau-Brunswick
M^{me} Lyn McLeod – Ontario
M. David Richardson – Nunavut
M^{me} Elizabeth Snider – Territoires du Nord-Ouest
D^r Les Vertesi – Colombie-Britannique

Représentants non gouvernementaux

D^{re} Jeanne F. Besner – Présidente
D^r M. Ian Bowmer – Vice-président
M. Jean-Guy Finn
D^{re} Danielle Martin
M. George L. Morfitt
M^{me} Verda Petry

www.conseilcanadiendelasante.ca

Pour joindre le Conseil canadien de la santé :

Téléphone : 416 481-7397

Sans frais : 1 866 998-1019

Télécopieur : 416 481-1381

information@conseilcanadiendelasante.ca

90, avenue Eglinton Est, bureau 900

Toronto (Ontario) M4P 2Y3