

Sommet sur les soins de santé primaires

Rapport sommaire

Les 25 et 26 janvier 2012

Ottawa (Ontario)

Organisé par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et par
l'Association médicale canadienne

CANADIAN
NURSES
ASSOCIATION



ASSOCIATION DES
INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS DU CANADA

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

Remerciement

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association médicale canadienne sont très reconnaissantes de l'appui financier offert par Santé Canada qui a rendu ce sommet possible.

Avertissement

Les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles des participants et ne reflètent pas nécessairement celles de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et de l'Association médicale canadienne, ni celles de Santé Canada.

Rapport sommaire préparé par :

Sara Lankshear, inf. aut. Ph. D.
Relevé Consulting Services
280, promenade Silver Birch
Tiny (Ontario) L9M 0M5
Téléphone : 705-533-0778
Courriel : sara@releveconsulting.com
Site Internet : www.releveconsulting.com

Introduction et contexte

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et l'Association médicale canadienne (AMC) ont uni leurs efforts pour organiser un sommet d'intervenants axé sur les soins de santé primaires. Ce sommet a pour but de dégager les occasions et les mécanismes clés permettant d'appuyer l'intégration et la mise en œuvre de soins de santé primaires au Canada.

Un groupe de planification principal, composé de représentants de l'AIIC, de l'AMC et de Santé Canada, a guidé l'organisation du sommet, l'identification des participants et l'élaboration du programme pour cet événement d'une journée et demie. (Voir l'annexe A : Programme du Sommet). Avant la tenue de l'événement, les participants ont reçu un certain nombre de documents à lire pour établir des assises communes et favoriser un dialogue contribuant aux objectifs du Sommet.

Objectifs du Sommet

1. Explorer des perspectives nouvelles, des pratiques prometteuses et des catalyseurs pour l'avancement des soins de santé primaires.
2. Déterminer quelles politiques et quels mécanismes peuvent accroître l'accès des Canadiens à des soins de santé primaires de qualité.
3. Trouver comment les soins de santé primaires peuvent être pleinement intégrés dans le système de santé du Canada.

Le Sommet sur les soins de santé primaires se voulait une occasion de réunir toute une gamme de maîtres à penser afin d'échanger de l'information, de participer à un dialogue critique et de générer des idées et des stratégies pour faire avancer les soins de santé primaires. Il n'avait pas pour but de formuler des recommandations précises qui seraient mises en œuvre par l'AIIC et l'AMC au nom des participants. L'information présentée ici est un résumé des principaux messages qui se sont dégagés des discussions et qui seront utilisés non pas uniquement par l'AIIC, l'AMC et Santé Canada, mais aussi par tous les participants et leur organisation ou administration respective dans le but de stimuler individuellement et collectivement la mise en œuvre des stratégies ou mécanismes qui viendront appuyer la pleine intégration des soins de santé primaires dans le système de soins de santé.

Participants

Au total, 30 personnes ont pris part au Sommet. Les invités représentaient une vaste gamme d'horizons professionnels (p. ex. clinique, recherche, politique et éducation) et d'administrations (p. ex. la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Nouveau-Brunswick, le Québec, l'Alberta et l'Ontario), ainsi que le public (p. ex. représentant de patients). La liste des participants figure à l'annexe B.

Les messages et recommandations clés présentés ici reflètent les thèmes traités pendant le Sommet et sont accompagnés de commentaires des participants (*en italique*) extraits de l'enregistrement sonore des délibérations. Les commentaires fournis dans le présent document sont anonymes.

Mise en contexte

Pour situer le cadre du Sommet, Judith Shamian (présidente, AIIC) a présenté un aperçu global des soins de santé primaires, y compris les définitions ci-après, afin de bien faire la différence entre les soins de santé primaires et les soins primaires.

Les soins de santé primaires sont basés sur les besoins de la collectivité, font la promotion d'habitudes de vie saines pour prévenir les maladies et les blessures, comprennent des soins continus pour les affections chroniques et reconnaissent l'importance que revêtent les principaux facteurs déterminants de la santé. Le terme « soins de santé primaires » englobe un large éventail de services et de dispensateurs de soins (ICIS, 2006).

Les soins primaires sont définis comme « un service à l'entrée du système de santé. Ils englobent le diagnostic, les traitements continus et la gestion de l'état de santé, ainsi que la promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures. Les soins primaires coordonnent les soins aux patients et intègrent ceux-ci dans le reste du système de santé en leur donnant accès aux autres prestataires de soins et de services » (Kingston-Riechers et coll., 2010, p. 6).

Malgré les initiatives actuelles et passées, il semble qu'il existe quand même certains obstacles à l'avancement des soins de santé primaires. Voici quelques raisons qui viennent expliquer le peu de progrès réalisés : le manque d'intégration dans l'ensemble du continuum, l'absence d'une démarche intersectorielle, l'ambiguïté en ce qui concerne la rémunération et les obstacles à la collaboration interprofessionnelle et à l'optimisation du champ d'activité et de l'utilisation des professionnels de la santé (AIIC, sous presse).

Parmi les progrès prometteurs réalisés récemment dans le domaine des soins primaires, mentionnons l'Initiative phare des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) visant à financer la recherche qui vient appuyer la prestation de [soins de santé primaires communautaires](#) de grande qualité et le [Réseau canadien de recherche et innovation en soins de santé primaires](#), une organisation nouvellement établie formée de chercheurs de toutes les disciplines se rapportant à la recherche en soins de santé primaires et d'experts de tous les groupes d'intervenants œuvrant dans le domaine des soins de santé primaires.

Expérience d'une province

Reconnaissant que diverses initiatives sont en cours dans les différentes provinces et les territoires, Andrea Wagner (directrice, Services de soins primaires, gouvernement de la Saskatchewan) a fait un survol du cadre récemment élaboré par le gouvernement de la Saskatchewan dans le but de créer un système de soins de santé primaires. Il s'agissait d'un

exemple de mesures prises par une province pour l'avancement des soins de santé primaires qui a été présenté pour favoriser l'échange collectif parmi les participants au Sommet. Le rapport intitulé [Patient Centred, Community Designed, Team Delivered: A framework for achieving a high performing primary health care system in Saskatchewan](#) fait la synthèse des points de vue de plus de 400 personnes, dont des dirigeants communautaires, des patients, des fournisseurs de soins, des décideurs et des gestionnaires, et fait connaître leur vision commune d'un système de soins de santé primaires durable. Les pièces maîtresses du cadre sont les suivantes :

1. *Les relations en tant que fondement* : Les relations entre les collectivités, les autorités sanitaires régionales et les fournisseurs sont essentielles au succès des soins de santé primaires en Saskatchewan.
2. *Accroissement de l'autonomie des patients et des familles* : En ayant à leur disposition l'information, les soutiens et les outils dont ils ont besoin, les patients et les familles peuvent faire beaucoup pour gérer leur propre santé.
3. *Participation des collectivités, y compris les Premières nations et les Métis, dans la conception du modèle de service* : La participation de la collectivité est essentielle afin d'établir les relations et le climat de confiance nécessaires pour évaluer les besoins, pour prévoir des solutions et les mettre en œuvre ainsi que pour évaluer l'efficacité de tout nouveau modèle de soins de santé primaires. Tout ce qui est destiné à la collectivité doit débiter par la mobilisation de cette collectivité.
4. *Permettre aux équipes de soins primaires de s'épanouir* : La prestation de soins en équipe a un grand potentiel encore inexploité, mais il existe de nombreux facteurs qui contribuent au succès d'une équipe ou qui viennent le gêner.
5. *Adoption d'une approche proactive de la prévention et de la gestion des maladies chroniques* : les soins de santé primaires doivent coopérer pleinement avec les programmes de santé de la population et d'autres partenaires intersectoriels à un effort coordonné de prévention, de réduction et de gestion des maladies chroniques.
6. *Participation à l'élaboration de modèles qui fonctionnent* : les points de vue des patients et des familles doivent être intégrés à la conception et à la prestation continue des services de soins de santé primaires.
7. *Politique et responsabilisation* : il faut préciser quels résultats les autorités sanitaires régionales et les fournisseurs de soins de santé sont responsables d'atteindre et envers qui ces derniers ont des responsabilités.
8. *Appui pendant la transition* : Changer la façon dont nous offrons les soins de santé primaires se traduira par des changements importants pour tout le monde, des patients jusqu'aux fournisseurs. Unis par notre volonté commune d'arriver à un système de santé axé sur les patients et les familles et à une amélioration de la santé de la population, nous pouvons et devons travailler ensemble et nous aider les uns les autres tout au long de la transition.

L'idée c'est de collaborer, pas de faire subir. Nous ne préconisons pas un modèle particulier. Nous arriverons à notre but en améliorant la qualité; apprendre par la pratique, extrapoler et diffuser.

L'importance des soins de santé primaires et cerner les obstacles au progrès

Les sections qui suivent résument le dialogue entre les participants au Sommet quant à l'importance des soins de santé primaires et aux obstacles à leur avancement.

Pourquoi les soins de santé primaires sont-ils importants et significatifs?

1. Les soins de santé primaires sont au cœur du système.

Les soins de santé primaires sont la « porte d'entrée » la plus utilisée du système de santé, comme en témoigne l'article *Ecology of Medical Care Revisited* (Green et coll., 2001), selon lequel pour chaque 1000 personnes, 217 se rendront à un cabinet de médecin et 8 nécessiteront réellement une hospitalisation. Voir figure 1 : Écologie des soins médicaux.

C'est là que la majorité des gens obtiennent la majeure partie de leurs soins professionnels la plupart du temps, et le système ne reconnaît pas l'ampleur de cet effet puisqu'il n'a pas été conçu en fonction de ce fait.

Il faut reconnaître que les soins de santé primaires sont la plaque tournante du parcours de la santé d'une personne, car malgré les épisodes de soins requis, les gens reviennent aux soins primaires à diverses étapes de leur parcours dans les soins de santé. Voir figure 2 : Modèle de soins de santé primaires.

Le système n'est pas conçu avec en son centre les soins de santé primaires, et ce, même si ces derniers traversent le continuum, constituent le point d'ancrage du parcours et devraient faciliter le cheminement d'une personne dans le système de santé.

Il faut établir des liens plus étroits avec la santé publique d'un côté et les soins communautaires et continus de l'autre; il ne s'agit pas uniquement d'offrir des soins de courte durée et de gérer les maladies.

2. Il y a un désir de changement comme en témoignent les nombreuses innovations.

Une variété de modèles sont en place, ce qui renforce le concept qu'un modèle unique ne convient pas à tous et confirme l'importance de prendre en compte les facteurs contextuels au moment de déterminer les modèles de prestation de soins.

On a connu quelques succès ponctuels ici et là, mais ils sont trop peu fréquents et souvent isolés, et les résultats ne sont pas communiqués au-delà du secteur de mise en œuvre ou du secteur touché.

3. Les principes des soins de santé primaires concordent avec les valeurs canadiennes en ce qui a trait à la santé et aux soins de santé.

Les Canadiens nous disent qu'ils veulent avoir accès à des soins de santé dans leur collectivité et qu'ils s'attendent à être traités comme des partenaires dans leurs propres soins de santé, non pas comme des bénéficiaires passifs.

4. Un accent accru est mis sur la responsabilité financière et les résultats de qualité.

En raison du coût élevé associé au traitement des maladies au sein du milieu de soins de courte durée, les soins s'éloignent des hôpitaux pour retrouver leur place au sein de la collectivité.

Il faut mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé et la prévention plutôt que sur la gestion des maladies.

Si nous connaissons les obstacles, qu'est-ce qui vient freiner le changement ou les progrès?

1. Le système des soins de santé primaires *n'est pas* un système, car il y a un manque d'infrastructure pour favoriser un changement fondamental. La diversité des points de vue a donné lieu à l'absence d'une voix collective en ce qui a trait aux questions et aux stratégies fondamentales nécessaires à l'avancement des soins de santé primaires.

Il n'y a pas de système sur lequel nous pouvons nous fonder pour procéder au changement. Il y a de très bons exemples, mais peu d'expansion. L'absence de système est un problème fondamental. Comment créer un système intégré sur le plan fonctionnel à partir de toutes les composantes distinctes?

Fait notable, il n'y a pas de vision commune qui rend compte du rôle fondamental des soins de santé primaires dans le renforcement et l'amélioration du système de santé. Si nous manquons notre coup au niveau de la collectivité ou de la population, nous verrons les répercussions dans le reste du système, notamment un achalandage accru dans les salles d'urgence, des hospitalisations qui peuvent être évitées et des congés de l'hôpital plus tard que nécessaire.

2. Manque de données probantes liées aux résultats

De nombreuses études d'évaluation ont été réalisées sur des initiatives et des programmes précis, mais il y en a très peu sur les répercussions des soins de santé primaires sur les personnes, les collectivités et les populations.

Il semble que nous sommes à la recherche des réponses ou de la solution idéale... le moment est venu de simplement agir et de faire part de l'expérience aux autres afin de diffuser les leçons que nous avons retenues.

Les paramètres normalisés (p. ex. les indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires de l'ICIS) et les cadres d'évaluation ne sont pas adoptés de manière uniforme

dans l'ensemble des secteurs et des provinces et territoires pour permettre de décrire et d'étudier davantage les soins de santé primaires.

Il faut commencer par un petit nombre de paramètres utiles dont pourraient se servir les provinces et territoires. Il est également important de faire des comparaisons avec d'autres pays.

Des données valides sur les modèles de financement qui mettent l'accent sur la qualité et les résultats par rapport au volume commencent tout juste à ressortir.

3. Lois actuelles et enjeux réglementaires

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* sont limitées en ce qui a trait à la couverture des services de santé. Les soins médicaux et hospitaliers étaient vus comme des priorités au moment de l'adoption de la *Loi*, mais ils ne suffisent plus pour optimiser la santé et le bien-être au 21^e siècle.

Les modèles de rémunération doivent être revus pour tenir compte de la rémunération d'équipe et non pas uniquement de la rémunération des médecins, et le financement doit être fondé sur les résultats pour la santé et non sur le volume.

Les cycles politiques de quatre ans ont des répercussions négatives sur l'avancement continu et durable, car ils ont une incidence sur le déroulement et la planification à long terme.

Il n'y a aucune approche coordonnée appliquée à la planification des ressources humaines en santé, ni d'exigences en la matière.

La formation des professionnels de la santé a encore principalement lieu dans les établissements de soins de courte durée et met peu l'accent sur le rôle des membres des équipes interprofessionnelles.

Il faut examiner la planification des ressources humaines en santé dans tous les groupes professionnels et non pas seulement pour chaque profession afin de déterminer les besoins, l'utilisation, la distribution et les possibilités.

4. Le sous-investissement dans les compétences requises de la part des professionnels de la santé, des administrateurs et des planificateurs, y compris dans des domaines comme la gestion du changement, le travail par équipe ainsi que les principes, outils et techniques en matière d'amélioration de la qualité.

Il ne faut pas sous-estimer la transition et le soutien requis, car il y a beaucoup de défenseurs du statu quo!

Il est nécessaire de collaborer avec les programmes d'enseignement pour initier les étudiants aux principes de base de la gestion du changement, de l'amélioration à cycle rapide et du travail en équipe.

Il faut combiner les compétences analytiques et celles liées à l'interrogation appréciative et à la communication narrative fondée sur des données probantes (à savoir utiliser des histoires pour rendre l'information accessible; quelles histoires pouvons-nous raconter pour fournir l'explication la plus convaincante possible de ce que nous tentons d'accomplir?).

5. Accès aux services de santé (p. ex. salles d'urgence, centres de soins d'urgence).

Il faut mieux comprendre pourquoi les gens se présentent à l'urgence et dans les centres de soins d'urgence. Quelles stratégies sont employées pour les inciter à faire appel à différentes ressources?

On observe un phénomène où certaines personnes auront recours aux services pour des problèmes mineurs et, à l'autre bout du spectre, d'autres qui n'ont pas recours (ou qui tardent à recourir) aux services nécessaires, mais qui devraient... ces deux scénarios coûtent cher au système de santé.

Nous avons la preuve que les patients inscrits à la liste d'une équipe munie d'un service de soins d'urgence dispensés par une équipe, sont moins susceptibles de faire appel au service. Ils se sentent à l'aise et en sécurité sachant qu'ils peuvent avoir accès aux services s'ils en ont besoin.

Secteurs d'intervention prioritaires : Surmonter les obstacles et faire avancer les soins de santé primaires

Les participants se sont entendus sur les stratégies qui suivent en vue de surmonter les obstacles et de faire avancer les soins de santé primaires au Canada.

1. Élaboration d'un ensemble de valeurs et de principes fondamentaux communs

Déterminer les valeurs et principes fondamentaux qui permettront d'aller de l'avant. Il sera ainsi possible de parler le même langage et d'orienter et cibler les efforts pour la transformation du système.

Être guidé par les principes et les valeurs, non pas par les modèles.

Ces valeurs et principes fondamentaux serviront de guide pour déterminer les mesures à prendre afin d'atteindre l'objectif.

2. Création de partenariats

Favoriser les relations (p. ex. professionnelles, intersectorielles) et la participation de la collectivité en tant que base essentielle de la croissance continue et des répercussions. Les partenariats doivent être fondés sur la vision et les principes communs pour faire progresser la transformation des soins de santé primaires.

Il faut chercher les occasions de mobiliser les collectivités à l'échelle locale, régionale, provinciale et nationale afin de dégager les attentes et les besoins du public en ce qui

concerne les soins de santé primaires. Cela permettrait aussi de donner de la formation et d'accroître la sensibilisation par rapport aux soins de santé primaires.

Nous devons nous assurer que le public fasse aussi partie des partenariats afin de déterminer les éléments que le public appuie ou ce à quoi il s'attend, puis de se baser là-dessus pour modifier ou restructurer le système.

Il faut susciter la participation et le soutien des associations professionnelles pertinentes afin de mener à bien cette initiative et maintenir le rythme.

Les associations professionnelles nationales œuvrant dans le domaine des soins de santé primaires, comme l'AIIC, l'AMC et le Collège des médecins de famille, devraient diriger ensemble ces consultations – il ne faut pas que ce soit d'un point de vue individuel ou d'intérêt personnel. Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé primaires.

Il faut mieux mettre à profit les partenariats traditionnels et non traditionnels, comme la cybersanté, le secteur de l'éducation, les services sociaux, etc.

Déterminer les possibilités de créer des partenariats entre les fournisseurs, les personnes, les chercheurs, les décideurs et les éducateurs afin de guider collectivement les responsables de l'élaboration des politiques.

3. Synthèse des données probantes existantes et des expériences

Améliorer l'échange de connaissances quant aux modèles, aux systèmes et aux stratégies de mise en œuvre utilisés pour favoriser les échanges sur les leçons retenues, amplifier les effets ainsi qu'augmenter la diffusion et l'extensibilité au-delà de l'échelon local.

Il faut ne plus être le « pays des projets pilotes », mais plutôt élaborer des stratégies précises permettant de saisir les connaissances et les leçons retenues des diverses initiatives et de tirer profit de nos connaissances plutôt que de déployer les mêmes efforts chacun dans notre coin.

Prendre des risques et aller au-delà des partenaires évidents pour favoriser les possibilités de tirer profit de ce que nous savons et accélérer le succès en fonction des compétences que possèdent les autres (p. ex. publicitaires, ingénieurs).

Il faut mettre à profit les ressources existantes, comme les indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires de l'ICIS.

Accroître l'utilisation de la communication narrative fondée sur des données probantes et de l'interrogation appréciative pour faire en sorte que l'information soit accessible à divers publics cibles et à tous les intervenants et qu'elle ait un sens.

Il faut utiliser des exemples informatifs pour apprendre non seulement des succès, mais aussi des erreurs.

L'interrogation appréciative permet de poser des questions d'une manière qui met l'accent sur le potentiel positif plutôt qu'uniquement sur les obstacles et les enjeux négatifs.

Trouver une façon de justifier notre approche de manière si convaincante que le public ne pourra faire autre chose qu'exiger que nous mettions notre plan à exécution!

4. Appuyer l'élaboration de modèles novateurs de prestation de soins intégrés

Des soins de santé primaires fournis par des équipes interprofessionnelles intégrées de la santé qui incluent un modèle global fondé sur les besoins et les attentes des gens, des collectivités et de la population.

Il n'y a pas un seul bon modèle!

Il faut examiner de nouveau les divers modèles de soins de santé primaires et déterminer pourquoi notre façon de faire actuelle ne donne pas les résultats que nous cherchons. Nous savons comment procéder, le défi, c'est de le faire.

Il faut étudier les modèles dans lesquels les patients sont inscrits à la liste d'un médecin comparativement à ceux dans lesquels les patients sont rattachés à une équipe (qui peut ou non inclure un médecin). Si le patient est inscrit à la liste d'une équipe, qu'est-ce que cela signifie? Où se situent ces équipes et quelles sont les relations des médecins avec elles?

La notion d'inscription peut être lourde de sens parce qu'elle est souvent liée à des modèles de rémunération. Nous sommes plus intéressés par l'idée d'attachement, car nous savons que les résultats sont bien meilleurs lorsque les personnes sont rattachées à un médecin de famille et à une équipe interprofessionnelle.

La majorité des discussions au sujet des soins de santé primaires portent sur la manière de mobiliser les médecins, et je comprends que ceux-ci sont un élément essentiel des soins de santé primaires, mais il existe déjà d'autres fournisseurs qui font partie d'équipes de soins de santé primaires. Pourquoi ne pas commencer à miser sur ce que nous avons plutôt que de créer quelque chose de complètement nouveau, pourquoi ne pas tirer parti des acquis communautaires déjà réalisés?

Une autre façon de faire que de créer des équipes et des modèles de soins de santé primaires consiste d'abord à définir la population, ensuite lui assigner une équipe de fournisseurs, puis créer une structure administrative permettant de coordonner le financement et d'accroître la participation communautaire.

Les modèles de prestation des soins sont appuyés par un modèle de financement durable qui favorise la collaboration interprofessionnelle et met l'accent sur les résultats de qualité et la qualité des soins.

Les modèles de rémunération doivent être revus pour tenir compte de la rémunération d'équipe et non pas uniquement de la rémunération des médecins, et le financement doit être fondé sur les résultats pour la santé et non sur le volume.

Certains médecins se voient comme des propriétaires de petite entreprise voulant contrôler leurs affaires tandis que d'autres se voient comme des praticiens professionnels dont les affaires sont gérées par quelqu'un d'autre. À l'avenir, nous devons examiner les deux options.

D'abord, élaborer le modèle de prestation de soins pour répondre aux besoins des collectivités. Ensuite, déterminer comment ce modèle sera financé!

5. Comprendre et utiliser le plein potentiel de la technologie

Mieux comprendre la technologie de l'information et des communications, l'information sur le Web et les médias sociaux et mieux les utiliser pour favoriser le progrès des soins de santé primaires.

L'auto-administration des soins compte pour la majeure partie des soins de santé utilisés par le grand public. Notre participation à cet aspect des soins est minime, il n'y a donc pas d'approche systémique visant à appuyer cette auto-administration. Nous devons renforcer la capacité des fournisseurs et des bénéficiaires des soins dans ce domaine.

La littératie en santé, y compris en cybersanté, est essentielle pour permettre l'auto-administration des soins, la majeure partie de l'information sur cet aspect étant obtenue sur Internet.

Comment pouvons-nous utiliser de manière plus efficace les médias sociaux comme outil de communication et d'éducation, tant pour le public que pour les fournisseurs de soins?

Il faut voir le dossier de santé électronique comme un mécanisme servant à relier les fournisseurs de soins de santé; il faut aussi se demander où se situent les soins de santé primaires dans le dialogue au sujet de l'élaboration et de la mise en œuvre du dossier de santé électronique.

6. Investir dans la gestion du changement et l'amélioration de la qualité pour appuyer l'avancement des soins de santé primaires

L'avancement des soins de santé primaires est essentiellement une question de gestion du changement à grande échelle et d'amélioration de la qualité. C'est pourquoi nous devons concevoir des cadres en gardant en tête ces concepts et ces compétences fondamentales.

D'abord et avant tout, nous devons reconnaître, adopter et communiquer que l'avancement des soins de santé primaires exige un changement de culture, lequel nécessite des compétences et des approches uniques.

Les fournisseurs sont confinés à des rôles très traditionnels et ont des zones de confort bien précises – le changement s’opère, mais il doit être appuyé et accéléré.

Ces compétences ne se développent pas du jour au lendemain et doivent être appuyées par des facilitateurs d’expérience pour créer une capacité individuelle et d’équipe... il ne faut pas sous-estimer le soutien nécessaire.

Nous devons collaborer avec nos partenaires du milieu universitaire et des services pour investir dans le développement des compétences requises pour les membres actuels et futurs des équipes interprofessionnelles, de même que pour l’administrateur des soins de santé et les planificateurs de système.

Conclusions

Le dialogue noué dans le cadre du Sommet a permis aux participants de trouver un consensus quant à la nécessité de faire davantage que de cerner les obstacles à l’avancement des soins de santé primaires et les enjeux qui s’y rattachent (*nous avons déjà eu ces conversations, nous savons quels sont les obstacles*). De nombreux participants ont mentionné la nécessité de concentrer notre attention, notre énergie et nos ressources sur l’exploitation des données probantes et des renseignements existants (*ce que nous savons déjà*) pour faire avancer les soins de santé primaires au Canada.

Prochaines étapes

Les principaux messages dégagés lors du Sommet sont destinés à être utilisés non pas uniquement par l’AICC, l’AMC et Santé Canada, mais aussi par tous les participants et leur organisation respective dans le but de mettre en œuvre individuellement et collectivement les stratégies ou mécanismes qui viendront appuyer l’intégration fonctionnelle et la mise en œuvre des soins de santé primaires partout au pays.

Références

(y compris les documents distribués aux participants avant le Sommet)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA SASKATCHEWAN. (2011). *Patient-Centred, Community Designed, Team Delivered: A Framework for achieving a high-performing Primary Healthcare system in Saskatchewan*. Consulté à l'adresse : http://www.health.gov.sk.ca/phc-framework-report?bcsi_scan_2C647EB3599034DE=0

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. (sous presse) *Demonstrating Leadership in Primary Health Care*. Association des infirmières et infirmiers du Canada : Ottawa

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2006). Indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires. Consulté à l'adresse : http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/PDF_PHC_INDI_REPORT1VOL1FIN_FR

DICENSO A. et coll. « Utilization of Nurse Practitioners to Increase Patient Access to Primary Healthcare in Canada – Thinking Outside the Box », *Nursing Leadership*, vol. 23, numéro spécial (2011), p. 239-259. Consulté à l'adresse : <http://www.longwoods.com/content/22281>

FRENK J. « Reinventing Primary Health Care: The Need for Systems Integration », *The Lancet*, vol. 374, n° 9684 (11 juillet 2009), p. 170-173 (11 juillet 2009), doi:10.1016/S0140-6736(09)60693-0

HUTCHISON B., JF. LEVESQUE, E. STRUMPF et N. COYLE. « Primary Health Care in Canada: Systems in Motion », *The Millbank Quarterly*, vol. 89, no 2 (2011), p. 256-288.

BATE P. et G. ROBERT. « Experience-based Design: From Redesigning the System around the Patient to Co-designing services with the Patient », *Quality and Safety in Health Care*, vol. 15 (2006), p. 307-310, doi:10.1136/qshc.2005.016527

ACADÉMIE CANADIENNE DES SCIENCES DE LA SANTÉ (CAHS). *Comment transformer les soins offerts aux Canadiens souffrant de maladie chronique : Plaçons la personne au premier plan, exigeons l'excellence, centrons-nous sur les résultats*, 2010. Consulté à l'adresse : <http://www.cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2011/09/cdm-final-French.pdf>

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA et ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. *Principes devant guider la transformation des soins de santé au Canada*, 2011. Consulté à l'adresse : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD11-13.pdf>

DONALD et coll. « The Primary Healthcare Nurse Practitioner Role in Canada ». *Nursing Leadership*, vol. 23, numéro spécial (2010), p. 88-113. Consulté à l'adresse : <http://www.longwoods.com/content/22271>

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ. *Quelle part les Canadiens prennent-ils à leurs soins de santé primaires? Résultats du Sondage international 2010 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé*, 2010. Consulté à l'adresse : www.healthcouncilcanada.ca

HUTCHINSON B. « A Long Time Coming: Primary Healthcare Renewal in Canada », *Health Papers*, vol. 8, n° 2 (2008), p. 10-24

KINGSTON-REICHERS J., M. OSPINA, E. JONSSON, P. CHILDS, L. MCLEOD et J. MAXTED. (2010). *La sécurité des patients dans le contexte des soins primaires*, Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients et BC Patient Safety Quality Council.

MAZOWITA, G. et W. CAVERS. « Reviving Full-Service Family Practice in British Columbia », *Issues in International Health Policy*, 2011. Consulté à l'adresse : <http://www.ontla.on.ca/library/repository/monoth/16000/311872.pdf>

Figure 1 : Tiré de *Ecology of Medical Care Revisited*. Green et coll., 2001; NEJM. Voir l'annexe G pour la source originale.

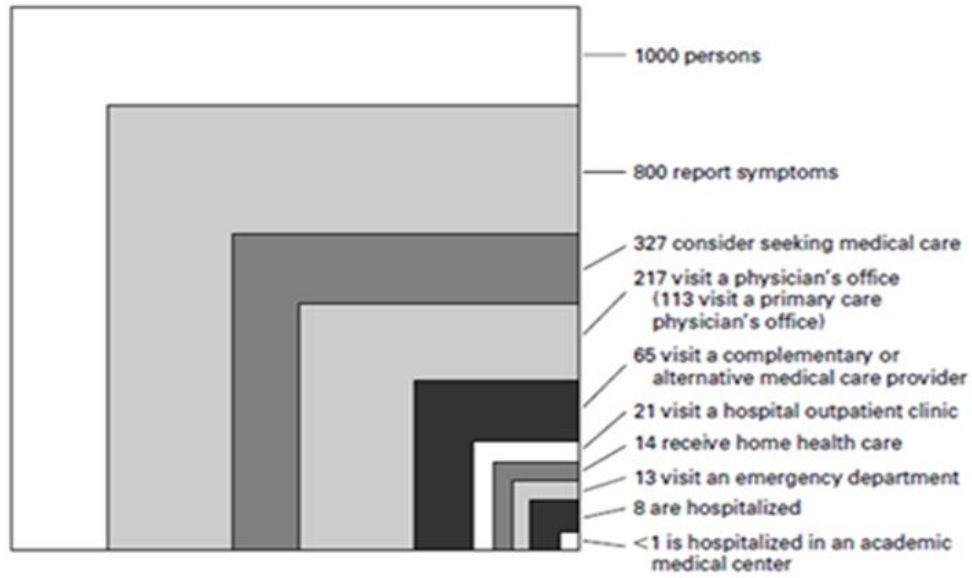
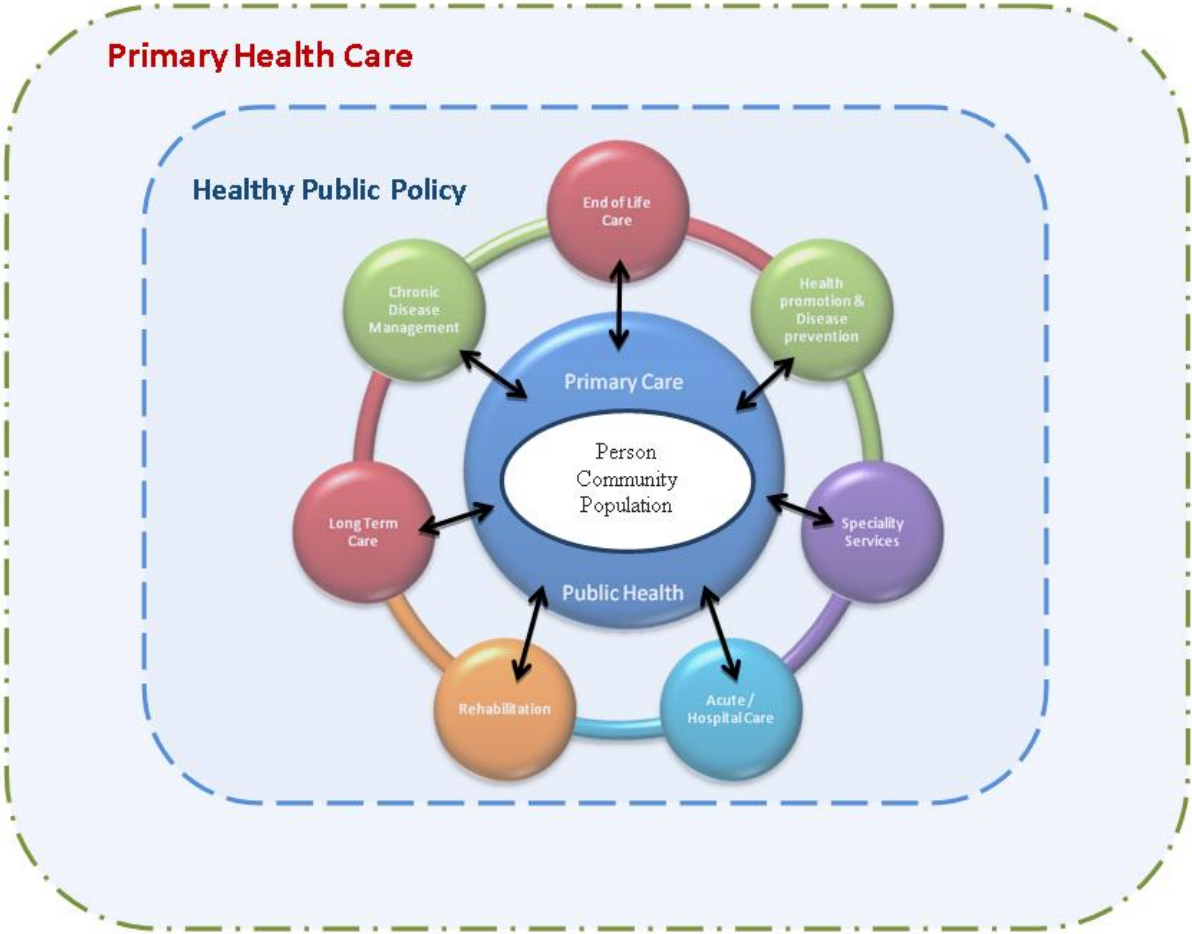


Figure 2. Results of a Reanalysis of the Monthly Prevalence of Illness in the Community and the Roles of Various Sources of Health Care. Each box represents a subgroup of the largest box, which comprises 1000 persons. Data are for persons of all ages.

Figure 2 : Modèle en étoile des soins de santé primaires



Annexe A : Ordre du jour du Sommet

Sommet sur les soins de santé primaires
Le 25 et 26 janvier 2012
Salle de conférence de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, Driveway, à Ottawa

Objectifs :

- Explorer des perspectives nouvelles, des pratiques prometteuses et des catalyseurs pour l'avancement des soins de santé primaires
- Déterminer quelles politiques et quels mécanismes peuvent accroître l'accès des Canadiens à des soins de santé primaires de qualité
- Trouver comment les soins de santé primaires peuvent être pleinement intégrés dans le système de santé du Canada

Lectures préparatoires : Veuillez consulter le document contenant les lectures pertinentes joint au présent ordre du jour

MERCREDI 25 JANVIER 2012	
Heure	Point à l'ordre du jour
<i>12 h – 13 h</i>	<i>Arrivée, dîner</i>
13 h – 16 h 30	Accueil et présentations; Aperçu de l'ordre du jour et du processus Prise de décisions par consensus
	Mise en contexte : Historique et état actuel des soins de santé primaires au Canada
	Communiquer le plan d'une province pour l'avancement des soins de santé primaires
	Cerner les composantes de base de l'avancement des soins de santé primaires au Canada et établir leur priorité
	Résumé du premier jour; Examen de l'ordre du jour de la deuxième journée
JEUDI 26 JANVIER 2012	
Heure	Point à l'ordre du jour
<i>8 h – 8 h 15</i>	<i>Petit déjeuner continental</i>
8 h 15 – 12 h 15	Donner des détails sur chacune des composantes de base cernées la journée précédente









12 h 15 – 13 h	<i>Dîner</i>
13 h – 15 h	Pleine intégration des soins de santé primaires dans le système de santé : quelles sont les principales mesures à prendre?
	Rassembler le tout : quels sont les principaux messages à communiquer – à qui et quand?
15 h – 15 h 30	Fin de la réunion, prochaines étapes

Annexe B : Participants au Sommet

Participants	Poste et appartenance
Alba Dicenso	Professeure, École des sciences infirmières et département des biostatistiques et de l'épidémiologie cliniques, Université McMaster Directrice, Centre ontarien de formation de recherche en politiques et en services de santé
Andrea Wagner	Directrice, Primary Health Services Branch, gouvernement de la Saskatchewan
Anne Buchanan	Représentante de patients et défenseure de leurs droits
Barbara Foster	Directrice exécutive intérimaire, Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada
Brian Hutchison	Professeur émérite, département de médecine familiale, département des biostatistiques et de l'épidémiologie cliniques et Centre for Health Economics and Policy Analysis, Université McMaster Conseiller principal en soins primaires, Qualité des services de santé Ontario Coprésident, Groupe de travail canadien sur l'amélioration des soins de santé primaires
Calvin Gutkin	Directeur exécutif et chef de la direction, Collège des médecins de famille du Canada
Claire Betker	Spécialiste principale de l'application des connaissances, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé
David Gass	Médecin-conseil, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
David Levine	Président-directeur général, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Don Wildfong	Infirmier-conseil, Politiques et Leadership, Association des infirmières et infirmiers du Canada
Dorothy Laplante	Directrice exécutive intérimaire, Bureau des services infirmiers, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada
Helen McElroy	Directrice intérimaire, Division des soins chroniques et continus, Direction des programmes et des politiques de soins de santé, Santé Canada
Jeff Poston	Directeur exécutif, Association des pharmaciens du Canada
Judith Shamian	Présidente, Association des infirmières et infirmiers du Canada
June Webber	Directrice, Politiques et Leadership, Association des infirmières et infirmiers du Canada
Kendall Ho	Directeur, Bureau de la stratégie de cybersanté et professeur agrégé, Division de la médecine d'urgence, Université de la Colombie-Britannique

Participants	Poste et appartenance
Linda Silas	Présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers
Lisa Bonang	Vice-présidente, Forum des omnipraticiens, Association médicale canadienne
Louise Rosborough	Gestionnaire, Division des soins chroniques et continus, Direction des programmes et des politiques de soins de santé, Santé Canada
Lynn DeGroot	Consultante en soins de santé primaires, Soins de santé primaires (Unité), gouvernement du Nouveau-Brunswick
Martin Ducharme	Analyste principal des politiques, Unité des soins de santé primaires, Division des soins chroniques et continus, Direction des programmes et des politiques de soins de santé, Santé Canada
Martin Vogel	Vice-président, Développement de la communauté, Association médicale canadienne
Mary Martin-Smith	Faculté des sciences infirmières, SIAST et Université de Regina Membre du conseil d'administration, Association canadienne de santé publique
Mike Villeneuve	Cadre responsable, Commission nationale d'experts
Owen Adams	Vice-président, Direction des politiques de santé et de la recherche, Association médicale canadienne
Robert Wedel	Médecin en chef, Chinook Primary Care Network, Lethbridge (Alberta) Directeur du Chinook Palliative Care Program, Services de santé de l'Alberta Professeur adjoint en clinique, Université de Calgary
Ruta Valaitis	Dorothy C. Hall Chair in Primary Health Care Nursing Directrice adjointe, Centre de collaboration OPS/OMS sur les soins de santé primaires, les soins infirmiers et les ressources humaines en santé Professeure agrégée, Université McMaster
Ruth Martin-Misener	Professeure agrégée, École de soins infirmiers, Université Dalhousie
Sara Lankshear	Présidente, Relevé Consulting Services (animatrice du Sommet)
Trevor Hancock	Professeur et chercheur principal, School of Public Health and Social Policy, Université de Victoria
William Dalziel	Chef, Hôpital gériatrique de jour, Hôpital d'Ottawa et professeur agrégé, médecine gériatrique, Université d'Ottawa

Annexes

Annexe	Description	Pièce jointe
A	Ordre du jour	 PHC Summit Participant Agenda (17)
B	Liste des participants	 List of participants.doc
C	Lectures préparatoires	 PHC Summitt - Relevant Readings_V7
D	Présentation : Primary Health Care Judith Shamian	 PHC Summit - J Shamian.ppt
E	Présentation : Saskatchewan Blueprint Andrea Wagner	 Saskatchewan Blueprint.ppt
F	Jour 1 du Sommet : Notes récapitulatives	 Primary Health Care Summit Day One Sum
G	Ecology of Medicine; Présentation faite par le D ^r Trevor Hancock Green et coll. (2001). The Ecology of Medical Care Revisited <i>New England Journal of Medicine</i>	 T Hancock slides.ppt  NEJM 2001 Ecology of Medical Care Revisitec