

Un cadre des soins de santé primaires pour le Nouveau-Brunswick

Table des matières

Message de la ministre	3
Objet du document <i>Un cadre des soins de santé primaires pour le Nouveau-Brunswick</i>	4
Contexte	7
Investir dans les soins de santé primaires	10
La vision des soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick	12
Intégration des services de soins de santé primaires	14
Soins en équipe propres à chaque collectivité	16
Responsabilisation	20
Mobilisation des intervenants et des patients	23
Leadership pour la transformation du réseau	25
Conclusion	26
Définitions	27
Liste des membres du Comité directeur sur les soins de santé primaires	31

Message de la ministre



À titre de ministre de la Santé, j'accepte avec plaisir ce rapport du Comité directeur sur les soins de santé primaires.

Le cadre des soins de santé primaires pour le Nouveau-Brunswick est un plan stratégique à long terme visant à améliorer les soins de santé primaires offerts dans la province.

Notre objectif est de fournir à la population néo-brunswickoise les soins de santé nécessaires, au moment opportun et là où elle en a besoin. Pour ce faire, nous créerons un système axé sur le patient au sein duquel les soins en équipe propres à chaque collectivité sont prodigués par des travailleurs des soins de santé primaires valorisés et respectés.

Le gouvernement a entrepris des activités de renouvellement des soins de santé primaires depuis le printemps dernier lorsque le Comité directeur sur les soins de santé primaires, en collaboration avec le gouvernement, a publié le document intitulé *Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et de la prestation de ces services au Nouveau-Brunswick*.

Le comité a réalisé énormément de travail et je désire remercier les membres pour les efforts qu'ils ont déployés. Ils ont été pour beaucoup à promouvoir le changement dans les soins de santé primaires qui est essentiel si nous voulons maintenir un système de soins de santé viable pour les générations à venir.

Je tiens également à remercier tous ceux et celles qui ont participé au processus de consultation tant auprès du public que des intervenants.

Nous sommes conscients que le système de soins de santé doit être plus attentif aux besoins de la population du Nouveau-Brunswick et nous savons qu'il faut apporter des changements pour réaliser cet objectif.

Notre gouvernement est déterminé à prendre les mesures indispensables en travaillant en collaboration avec les collectivités afin d'engendrer les changements nécessaires en vue d'améliorer la prestation des soins de santé primaires.

La ministre de la Santé,

A handwritten signature in black ink that reads "Madeleine Dubé". The signature is written in a cursive, flowing style.

Madeleine Dubé

Objet du document *Un cadre des soins de santé primaires pour le Nouveau-Brunswick*

Le présent cadre a pour objet de recommander au gouvernement un plan stratégique sur la manière de renouveler les soins de santé primaires. Chaque recommandation est assortie de justifications, de données probantes et de mesures précises que le gouvernement doit prendre en considération.

Résumé

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick est déterminé à renouveler et à renforcer les soins de santé primaires. Ceux-ci sont habituellement le premier service vers lequel les gens se tournent lorsqu'ils ont des préoccupations en matière de santé. Les soins primaires sont le secteur du réseau de santé le plus utilisé par les gens; ils comprennent les soins courants, les soins pour des problèmes de santé aigus et complexes, les soins en santé mentale, les soins obstétricaux et pédiatriques, les services psychosociaux, les soins à domicile, la promotion de la santé et la prévention des maladies, les conseils sur la nutrition, les examens médicaux périodiques (p. ex. les tests Pap), ainsi que la gestion des maladies chroniques, des maladies aiguës graves et des soins de fin de vie. Ils sont habituellement offerts dans la collectivité par un vaste éventail de fournisseurs, y compris des omnipraticiens ou des médecins de famille, des infirmières praticiennes, des infirmières, des psychologues, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des pharmaciens et d'autres intervenants en santé communautaire. Les fournisseurs et les équipes de soins de santé primaires constituent un pivot essentiel de l'approche globale requise pour des soins intégrés, axés sur le patient, qui peut améliorer l'efficacité du réseau de soins de santé, les résultats en matière de santé, la satisfaction des patients et la qualité des soins¹.

Un solide réseau de soins de santé primaires est la pierre d'assise pour garantir que les personnes et les collectivités peuvent obtenir les soins dont ils ont besoin, à l'endroit et au moment où ils en ont besoin. Il peut aider les patients et leur famille à mieux prendre en charge leurs problèmes de santé dans la collectivité, réduisant ainsi la pression exercée sur les services de soins de courte durée plus dispendieux qui demandent beaucoup de ressources. Depuis la mise sur pied du régime universel canadien d'assurance-maladie financé par l'État, de nombreuses et diverses innovations ont été instaurées en matière de soins de santé primaires.

Le cheminement vers le renouvellement des soins de santé primaires a commencé au Nouveau-Brunswick en 2002, avec des investissements stratégiques du gouvernement fédéral par l'intermédiaire du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Même si nombre d'améliorations ont été réalisées grâce à ces investissements, telles que l'établissement de sept centres de santé communautaires, l'inclusion d'infirmières praticiennes et de professionnels paramédicaux de soins primaires et l'amélioration du service Télé-Soins, le réseau conventionnel de prestation des soins primaires par des médecins en milieu communautaire exerçant seuls en cabinet et rémunérés à l'acte est resté inchangé.

1 M. J. Hollander et coll., « Increasing value for money in the Canadian healthcare system: new findings on the contribution of primary care », *Healthcare Quarterly*, vol. 12, n° 4 (2009), p. 33-44.

Le Nouveau-Brunswick se trouve actuellement à un tournant, où notre avenir économique et le futur réseau de santé sont menacés. Il faut adopter une approche de transformation si nous voulons concrétiser la vision des soins de santé primaires exprimée par les Néo-Brunswickois dans le cadre d'une consultation approfondie entamée en mars 2011, renforcée lors du Sommet des soins de santé primaires provincial en octobre 2011, et qui s'est terminée par une réunion de suivi après le Sommet en février 2012.

La province a beaucoup investi dans l'infrastructure et la prestation des services de santé. Comme le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick l'a reconnu, le défi auquel notre province fait face relève de la manière dont nous intégrerons les soins en vue d'obtenir de meilleurs résultats liés à la santé de la population du Nouveau-Brunswick. Il faudra aborder les questions entourant les politiques, le financement et les pratiques. Nous serons en mesure d'obtenir des soins de santé généraux à moindre coût grâce à une transition stratégique axée sur le patient et à une éventuelle répartition différente des ressources.

Nous pourrions concrétiser la vision *d'une meilleure santé et de meilleurs soins grâce à des personnes et à des collectivités mobilisées* en améliorant l'intégration des services et des infrastructures existants et en mettant sur pied des équipes de soins de santé primaires axées sur les patients travaillant en collaboration et avec les régies régionales de la santé, au sein d'une structure de responsabilisation commune afin de répondre aux besoins connus des collectivités. Ces équipes devront de plus atteindre des indicateurs de rendement définis et obtenir des résultats mesurables qui feront l'objet d'une évaluation annuelle. On devrait faire la promotion de l'importance de la santé et du mieux-être dans notre province et de l'engagement à leur égard à tous les niveaux de gouvernements, dans toutes les associations professionnelles de fournisseurs de soins et dans tous les programmes universitaires et collégiaux, et auprès du public. Ce cadre des soins de santé primaires offrira une orientation au gouvernement quant aux manières de réaliser cette vision sur une période de dix ans, de mettre en œuvre et d'étudier diverses initiatives stratégiques à l'échelle de la province et d'en mesurer la réussite.

Survol des recommandations

Intégration des services de soins de santé primaires

1. Réaliser des évaluations sur les besoins des collectivités en matière de santé.
2. Le Comité directeur sur les soins de santé primaires établira le fonctionnement, les définitions, la portée et le mandat des comités des services en collaboration.
3. Par suite des évaluations des besoins des collectivités en matière de santé, mettre sur pied les comités de services en collaboration correspondants.

Soins en équipe propres à chaque collectivité

1. Élaborer des modèles de soins dispensés en équipe.
2. Instaurer les dossiers médicaux électroniques dans les environnements de prestation des soins en équipe.
3. Créer le registre provincial des patients sans médecin, NB Branché.

Responsabilisation

1. Mettre en application un cadre de responsabilisation comprenant des indicateurs de rendement et des résultats cliniques.

Mobilisation des intervenants et des patients

1. Mettre en œuvre des stratégies de mobilisation des intervenants.
2. Instaurer le réseau de discussion pour les patients, *La voix des patients*.
3. Augmenter le nombre de membres siégeant au Comité directeur sur les soins de santé primaires en y ajoutant un représentant des patients.

Leadership pour la transformation du réseau

1. Mettre sur pied une équipe ayant pour mandat de diriger le changement.
2. Élaborer et mettre en œuvre des stratégies pour orienter le changement.
3. Augmenter le nombre de membres siégeant au Comité directeur sur les soins de santé primaires en y ajoutant un représentant de la cybersanté du ministère de la Santé et un représentant des Premières Nations.

Contexte

Le cheminement vers le renouvellement des soins de santé primaires

On définit les soins de santé primaires comme le premier service vers lequel les gens se tournent lorsqu'ils ont des préoccupations en matière de santé. Il s'agit souvent d'un médecin de famille ou d'un autre fournisseur de soins de santé primaires tel que, notamment une infirmière praticienne, un physiothérapeute, un pharmacien ou un psychologue. La philosophie des soins de santé primaires met l'accent sur les soins de santé à l'échelle de la collectivité, où les fournisseurs de soins de santé primaires soutiennent l'intégralité du continuum de soins, du berceau au tombeau. Dans le cadre de ce soutien, les fournisseurs de soins de santé primaires jouent un rôle pivot en faisant le pont entre la collectivité et le réseau hospitalier. Les soins de santé primaires sont un des fondements d'un système de santé viable et efficace.

À l'heure actuelle, les soins de santé primaires sont fournis aux Néo-Brunswickois par l'intermédiaire d'un vaste réseau de services qui englobent le développement communautaire, la promotion de la santé et la prévention des maladies, l'éducation en matière de santé, la gestion des maladies chroniques et les soins de santé primaires. Ces services sont offerts dans les contextes suivants :

- les cabinets de médecins de famille;
- les centres de santé communautaires;
- les centres de santé communautaires satellites;
- les centres de services de santé;
- les centres de santé mentale communautaires;
- les pratiques en collaboration;
- Télé-Soins;
- les bureaux de la santé publique;
- les centres de santé des Premières Nations;
- les services de traitement des dépendances;
- le Programme extra-mural;
- les services d'urgence;
- les cliniques ouvertes après les heures normales;
- les professionnels de la santé complémentaires du secteur privé.

Au Nouveau-Brunswick, nous avons d'imposantes infrastructures et d'importantes ressources affectées aux soins de santé primaires. La plus grande difficulté, c'est que ces ressources ne sont pas toujours coordonnées ou intégrées.

La réforme des soins de santé primaires a été un point de mire au Nouveau-Brunswick pendant plus de dix ans, soit depuis la création du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires du gouvernement fédéral (FASSP, 2000-2006). Ce fonds de 800 millions de dollars a fourni des occasions

d'investissements stratégiques aux provinces et aux territoires dans un effort national d'amélioration des soins primaires². Le Nouveau-Brunswick a obtenu un financement de 15 millions de dollars qui ont été investis dans les secteurs suivants :

- la mise sur pied de sept centres de santé communautaires dotés de médecins soutenus par un éventail de professionnels de la santé complémentaires;
- la formation des fournisseurs de soins interdisciplinaires (programme Bâtir un avenir meilleur);
- l'instauration de modèles de pratique en collaboration dans la prestation de soins de santé primaires, modèles où les médecins de famille travaillent avec des infirmières praticiennes;
- l'amélioration du service Télé-Soins (811);
- l'étude du recours aux travailleurs paramédicaux en soins avancés et l'introduction des travailleurs paramédicaux en soins de santé primaires;
- l'intégration des services ambulanciers sous la gouverne d'un seul fournisseur.

Depuis la fin du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires en 2006, la province a poursuivi son travail pour améliorer les soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick. En 2005, le ministre de la Santé a mis sur pied le Comité directeur sur les soins de santé primaires (CDSSP), un comité de travail composé d'intervenants clés, pour élaborer et mettre en œuvre de nouveaux moyens d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires et leur prestation³. Le 29 mars 2011, la ministre de la Santé, Madeleine Dubé, en collaboration avec le Comité directeur sur les soins de santé primaires, a publié le document de travail du comité : *Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et de la prestation de ces services au Nouveau-Brunswick*.

Un processus de consultation a suivi la publication de ce document. Le Comité directeur sur les soins de santé primaires a tenu des séances de dialogue avec les intervenants en vue d'entendre leur opinion sur le document de travail. Le public a aussi fait parvenir ses commentaires par voie électronique. Parallèlement, le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé a sondé plus de 14 000 Néo-Brunswickoises et Néo-Brunswickois sur leurs expériences quant aux soins de santé primaires. On a publié le rapport de ces résultats en juillet 2011.

Le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé a également publié un document contenant des recommandations faites à la ministre de la Santé dans lequel le conseil met de l'avant trois recommandations globales. Voici la recommandation portant sur les soins de santé primaires formulée par le conseil :

2 Conseil canadien de la santé, *Au point de rupture : Les chefs de file de la santé échangent des idées pour accélérer la réforme des soins de santé primaires* (en ligne), Toronto, le Conseil, 2010, <http://www.conseilcanadiendelasante.ca>

3 Nouveau-Brunswick, Comité consultatif sur les soins de santé primaires, *Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et de la prestation de ces services au Nouveau-Brunswick*, [Fredericton], 2010.

« Le gouvernement du Nouveau-Brunswick, par l'entremise du ministère de la Santé, examine l'organisation et la prestation des services de santé primaires dans la province dans le but d'utiliser les ressources humaines et financières existantes à leur plein potentiel. Cet examen doit viser tout particulièrement l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins ainsi que leur intégration aux autres services en santé entre autres, les services hospitaliers. »⁴

Les résultats du processus de consultation du Comité directeur sur les soins de santé primaires et du sondage du Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé ont servi à instruire le Sommet des soins de santé primaires qui s'est déroulé en octobre 2011. Ce sommet avait pour objectif d'amorcer le changement dans les soins de santé primaires en faisant naître une vision et une détermination communes en vue d'améliorer l'accès à ces soins et la prestation des services dans l'ensemble de la province. Un éventail diversifié d'intervenants a pris part à cet événement qui a duré deux jours, dont des décideurs au sein du gouvernement, des médecins de soins de santé primaires, des organismes associés aux soins de santé et des dirigeants des milieux universitaires et communautaires. Trois secteurs visés sont clairement ressortis lors du Sommet :

- la révision du modèle de gouvernance;
- la création d'équipes de soins de santé primaires;
- l'instauration des dossiers médicaux électroniques (DME).

Pour faire un suivi après le Sommet, le comité a réuni le 2 février 2012 un groupe représentatif d'intervenants du Sommet afin de présenter une ébauche du présent cadre pour le faire valider et obtenir de la rétroaction.

Le présent cadre est le résultat de la consultation approfondie des intervenants et de l'examen minutieux des soins de santé primaires qui se sont déroulés au cours de la dernière année. Les recommandations comprises dans ce cadre correspondent à la plupart des douze recommandations initiales et à l'approche stratégique globale présentée dans le document de travail initial du Conseil de la santé, ainsi qu'aux principales thématiques qui sont ressorties au Sommet des soins de santé primaires.

4 Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2011*, Moncton, le Conseil, 2011.

Investir dans les soins de santé primaires

Le climat économique et fiscal actuel de notre province est difficile, et tous les ministères cherchent des façons de réduire la dette provinciale. À l'heure actuelle, le ministère de la Santé dépense plus de 40 pour cent du budget global de la province. Sans intervention ni investissements stratégiques à long terme, on prévoit que les coûts liés aux soins de santé continueront de grimper, alors que la population deviendra de moins en moins nombreuse. Bien que les dépenses du gouvernement provincial rattachées aux soins de santé soient parmi les plus élevées au Canada (lorsque les dépenses liées à la santé sont présentées en pourcentage du PIB)⁵, nos résultats en matière de santé sont parmi les moins élevés. Nous sommes à un point de rupture où le réseau des soins de santé comme on l'exploite en ce moment n'est plus viable.

Simultanément, la démographie et le profil de santé de notre province changent : notre population vieillit et la prévalence des maladies chroniques augmente dans tous les groupes d'âge. Au moins soixante-dix pour cent des Néo-Brunswickois sont atteints d'au moins une maladie chronique⁶, ce qui est un important générateur de coûts pour le réseau des soins de santé. Puisque les gens vivent plus longtemps avec des maladies chroniques, parfois même à compter de l'enfance, les notions de comorbidité et de multimorbidité prennent de plus en plus d'importance. Le soin des personnes atteintes de maladies chroniques suppose soutenir certaines personnes présentant une seule maladie, certaines atteintes de maladies concomitantes (troubles liés à une maladie initiale, comme le diabète ou l'insuffisance rénale) et d'autres présentant des multimorbidités (maladies multiples, certaines liées entre elles, certaines complexes et d'autres qui ne sont pas liées, mais qui coexistent). Un exemple courant de multimorbidité est une personne atteinte de diabète, d'hypertension et d'asthme qui est aussi atteinte d'arthrite ou de démence⁷.

Un des rôles clés des soins de santé primaires est d'aider les patients à mieux prendre en charge leurs maladies chroniques, réduisant ainsi leur besoin d'aller à l'hôpital pour recevoir des soins d'urgence ou des soins de courte durée⁸. En raison du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, on doit continuer à mettre l'accent sur les soins de santé primaires en tant que soins de faible intensité efficaces et axés sur la prise en charge et la prévention. Les soins de courte durée offerts en milieu hospitalier sont plus coûteux, en raison surtout des services spécialisés de grande intensité et du recours à des technologies et à des appareils dispendieux⁹. Les recherches indiquent que cibler les soins de santé primaires et préventifs plutôt que les soins offerts en milieu hospitalier est lié à une réduction des dépenses cumulatives en matière de soins de santé. On suggère aussi qu'un système de santé axé sur les soins de santé primaires est plus susceptible d'engendrer de meilleurs résultats en matière de santé et une plus grande satisfaction des patients, et ce, à moindre coût¹⁰.

5 Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Comprendre les coûts et la capacité de prestation des services de soins de santé au Nouveau-Brunswick : le lien entre les soins de santé et la viabilité*, Moncton, le Conseil, 2010.

6 Statistique Canada, ESCC, cycle 3.1, 2005.

7 L. Nasmith et coll., *Comment transformer les soins offerts aux Canadiens souffrant de la maladie chronique : plaçons la personne au premier plan, exigeons l'excellence, centrons-nous sur les résultats*, Ottawa, Académie canadienne des sciences de la santé, 2010.

8 R. Atun, *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* (en ligne), Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004, « Health Evidence Network report », <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>.

9 R. Atun, *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* (en ligne), Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004, « Health Evidence Network report », <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>.

10 R. Atun, *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* (en ligne), Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004, « Health Evidence Network report », <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>.

Environ 93 pour cent des Néo-Brunswickois ont un médecin de famille¹¹. Le Conseil de la santé a accordé une note globale de C au secteur des soins de santé primaires de notre province dans sa fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick de 2011¹². La principale raison qui explique cette basse note était l'accessibilité aux médecins de famille. Bien que la plupart des Néo-Brunswickoises et des Néo-Brunswickois aient un médecin de famille, l'accès à des soins de santé primaires en temps opportun constitue souvent un problème. Les recherches portent à croire que l'accès restreint aux soins de santé primaires peut entraîner une diminution de la santé de la population¹³.

Dans le cadre de son sondage approfondi auprès de plus de 14 000 Néo-Brunswickoises et Néo-Brunswickois, le Conseil de la santé a constaté que seulement 30 pour cent des répondants pouvaient obtenir un rendez-vous le jour même ou le lendemain avec leur médecin de famille (soit 15 pour cent en deçà de la moyenne nationale). Seulement 22 pour cent des répondants ont indiqué que leur médecin de famille offrait des dispositions après les heures normales, quand le cabinet était fermé¹⁴.

Grâce à ce sondage, le Conseil de la santé a repéré des schémas propres aux collectivités quant à la *manière* dont les Néo-Brunswickois accèdent aux soins de santé primaires. On leur a demandé où ils allaient le **plus souvent** lorsqu'ils sont malades ou qu'ils ont besoin de soins d'un professionnel de la santé (dans des situations qui ne sont pas urgentes). On leur offrait le choix entre leur médecin de famille, une clinique ouverte après les heures normales ou une clinique sans rendez-vous, un service d'urgence en milieu hospitalier ou autres. Le conseil a constaté que les citoyens de nombreuses petites collectivités se rendent souvent au service d'urgence de l'hôpital quand ils ont besoin de soins de santé primaires. D'autre part, alors que ceux de collectivités plus grandes ont moins recours aux services d'urgence pour obtenir des soins de santé primaires non urgents, les répondants ont souvent déclaré recourir aux cliniques ouvertes après les heures normales ou des cliniques sans rendez-vous pour avoir accès à ces soins¹⁵.

Les conséquences d'un mauvais accès aux soins primaires se répercutent largement sur tout le reste du réseau de soins de santé. Le Conseil de la santé a constaté que 65,8 pour cent des visites aux urgences sont classées comme des situations qui ne sont pas urgentes (niveaux 4 et 5 de l'échelle canadienne de triage et de gravité)¹⁶. L'obtention de soins par l'intermédiaire du service d'urgence coûte deux fois le montant que payeraient les contribuables pour ces mêmes soins dispensés dans un milieu propre aux soins de santé primaires. Du point de vue des soins axés sur le patient, il est possible d'offrir aux cas qui ne sont pas urgents de meilleurs soins dans un milieu où l'on dispense des soins primaires à l'échelle de la collectivité, en dehors du système hospitalier.

Il faut donc investir dans les soins de santé primaires en mettant l'accent sur l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé primaires, ainsi que sur la prévention et la gestion des maladies chroniques. Le renouvellement des soins de santé primaires est la pierre d'assise pour créer un réseau de soins de santé viable et répondre aux besoins en matière de soins de santé des générations à venir.

11 Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l'égard des soins de santé primaires, Résultats du sondage 2011*, Moncton, le Conseil, 2011.

12 Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Recommandations à la ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick, Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens*, Moncton, le Conseil, 2011.

13 D. McMurchy, *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, 2009.

14 Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l'égard des soins de santé primaires, Résultats du sondage 2011*, Moncton, le Conseil, 2011.

15 Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l'égard des soins de santé primaires, Résultats du sondage 2011*, Moncton, le Conseil, 2011.

16 Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l'égard des soins de santé primaires, Résultats du sondage 2011*, Moncton, le Conseil, 2011.

La vision des soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick

Une meilleure santé et de meilleurs soins grâce à des personnes et à des collectivités mobilisées.

Meilleure santé	Meilleurs soins	Personnes et collectivités mobilisées
<ul style="list-style-type: none">• Meilleurs résultats en matière de santé• Culture axée sur la prévention et l'autogestion des maladies chroniques	<ul style="list-style-type: none">• Soins axés sur le patient• Soins offerts aux Néo-Brunswickois 24 heures sur 24, 7 jours sur 7• Meilleur accès aux soins de santé primaires interdisciplinaires• Soins complets, continus et coordonnés• Occasions de formation continue pour nos professionnels en soins de santé primaires• Prestation de soins qui répond aux besoins particuliers des collectivités	<ul style="list-style-type: none">• Patients et leur famille participant aux prises de décisions quant à leur propre santé• Patients et collectivités mobilisés au niveau du réseau

La vision du renouvellement des soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick s'appuie sur les trois éléments de base suivants :

- des soins axés sur le patient;
- des soins en équipe propres à chacune des collectivités;
- des travailleurs en soins de santé primaires qui se sentent valorisés et soutenus.

Soins axés sur le patient

Les soins axés sur le patient relèvent d'une philosophie en vertu de laquelle il faut impérativement que le patient soit mobilisé dans la prise de décision relative à sa propre santé et que le patient et les soignants travaillent en équipe pour parvenir à combler les besoins particuliers du patient. Il est nécessaire de comprendre parfaitement le profil de santé complet du patient pour arriver à dispenser des soins qui sont réellement axés sur celui-ci. Les soins de santé primaires axés sur le patient peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé de la population, particulièrement en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques. Les patients qui prennent activement part à la planification de leurs soins de santé comprennent mieux le réseau des soins de santé¹⁷.

17 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* (en ligne), Toronto, le Conseil, 2011, <http://www.conseilcanadiendelasante.ca>

Soins en équipe propres à chacune des collectivités

Si on se fie aux résultats issus du sondage du Conseil de la santé portant sur les soins de santé primaires, à la rétroaction obtenue au Sommet sur les soins de santé primaires et au dialogue avec les principaux intervenants, il est évident que chacune des collectivités du Nouveau-Brunswick a des besoins différents qui changeront au fil du temps et qu'un modèle de soins de santé primaires identique pour toutes les collectivités ne fonctionnera pas dans notre province. Les modèles de prestation devront être différents pour chacune des collectivités, mais ils auront tous un point commun : les Néo-Brunswickois ont besoin d'une approche d'équipe pour les soins de santé primaires. La prestation des soins en équipe est un moyen d'améliorer la qualité des soins, car les équipes peuvent se concentrer sur la prévention des maladies chroniques, améliorer l'accès aux services, réduire les délais d'attente et mieux coordonner les soins, afin de veiller à ce que les patients reçoivent les bons soins, par le bon soignant, au bon endroit et au bon moment¹⁸.

Travailleurs en soins de santé primaires qui se sentent valorisés et soutenus

Le travail dans le secteur de soins de santé est souvent stressant et exigeant; il est donc impératif que les personnes qui travaillent dans les soins de santé primaires se sentent valorisées et respectées. Pour ce faire, il faut que les fournisseurs de soins de santé primaires exercent à pleine hauteur de leur champ de pratique pour combler les besoins des patients et des collectivités. Travailler à la pleine hauteur de son champ de pratique favorise l'utilisation efficace du temps et des ressources et peut également contribuer à optimiser l'accès des patients. Cela permet également d'entretenir une culture où les habiletés des professionnels des soins de santé primaires sont grandement valorisées au sein d'une équipe. Puisqu'il est essentiel que les fournisseurs de soins de santé primaires soient valorisés et respectés dans le réseau, leur importance pour la santé et le mieux-être de notre province devrait aussi être promue à tous les niveaux du gouvernement, au sein de leurs associations professionnelles respectives, ainsi que dans les programmes universitaires et collégiaux et auprès du public.

RECOMMANDATIONS

Afin de créer un Nouveau-Brunswick en meilleure santé, le Comité directeur sur les soins de santé primaires appuie les recommandations suivantes, qui correspondent à la vision du comité pour **une meilleure santé et de meilleurs soins grâce à des personnes et à des collectivités mobilisées**.

18 Conseil canadien de la santé, *Au point de rupture : Les chefs de file de la santé échangent des idées pour accélérer la réforme des soins de santé primaires* (en ligne), Toronto, le Conseil, 2010, <http://www.conseilcanadiendelasante.ca>

Intégration des services de soins de santé primaires

RECOMMANDATIONS

- **Réaliser des évaluations sur les besoins des collectivités en matière de santé.**
- **Le Comité directeur sur les soins de santé primaires établira le fonctionnement, les définitions, la portée et le mandat des comités des services en collaboration.**
- **Par suite des évaluations des besoins des collectivités en matière de santé, mettre sur pied les comités de services en collaboration correspondants.**

Au cours des séances de dialogue du Comité directeur sur les soins de santé primaires avec les intervenants, le comité a entendu à de nombreuses reprises qu'il n'existait, dans de nombreuses collectivités du Nouveau-Brunswick, que des liens fragiles entre les fournisseurs de soins de santé primaires et les ressources des régies régionales de la santé (c.-à.-d. les infirmières, les professionnels de la santé complémentaires, etc.). Ces liens sont essentiels pour favoriser la prestation de soins axés sur le patient, dispensés en équipe dans les collectivités.

Comme on l'a vu au début du présent cadre, le Nouveau-Brunswick dispose d'une solide infrastructure de santé communautaire. Le défi consiste à mieux intégrer ces services. Les évaluations des besoins des collectivités en matière de santé ont, non seulement, le potentiel de rassembler ces collectivités autour des soins de santé, mais aussi celui de les amener à cerner ensemble leurs atouts, ainsi que les forces et lacunes du réseau. Le comité reconnaît que des collectivités de toute la province prennent part à ces évaluations afin d'établir leurs besoins particuliers. Il estime que le processus d'organisation et de mise en œuvre d'une évaluation des besoins d'une collectivité en matière de santé peut donner l'impulsion à la constitution de comités de services en collaboration (CSC). Le comité de services en collaboration deviendra alors l'organe chargé de s'occuper des besoins de la collectivité relevés lors de l'évaluation, rôle consistant à, notamment :

- gérer l'intégration des ressources des régies régionales de la santé et leur réaménagement au sein d'environnements de prestation des soins en équipe;
- établir les besoins en matière d'investissement;
- travailler à l'élimination des barrières systémiques pour améliorer la prestation des soins;
- soutenir les médecins de famille et les professionnels de la santé complémentaires et leur donner la capacité d'influencer les soins dispensés aux patients;
- offrir aux citoyens une plus grande accessibilité et des soins de meilleure qualité;
- contribuer à la viabilité du réseau de soins de santé¹⁹.

Le comité de services en collaboration constitue une manière novatrice de résoudre les problèmes complexes et interdépendants liés à la prestation de services de soins de santé primaires à l'échelon de

19 Le document d'intention pour la création d'un comité des services en collaboration en Colombie-Britannique a été analysé en vue d'éclairer le rôle d'un CSC au Nouveau-Brunswick.

la collectivité et à leur interface avec le système de soins de courte durée²⁰. Le Comité directeur sur les soins de santé primaires recommande que chaque comité de services en collaboration soit coprésidé par un représentant des médecins et un représentant de la régie régionale de la santé œuvrant au sein de la collectivité en question. Ce modèle aidera à assurer le leadership et l'engagement des deux groupes.

Le Conseil canadien de la santé a indiqué que les soins de santé primaires avaient besoin d'une instance organisationnelle (telle qu'un comité de services en collaboration) à l'échelon de la collectivité qui tiendrait lieu de force d'intégration et servirait de lien entre le gouvernement et les professionnels qui dispensent les soins²¹. Un accord de travail en collaboration et un cadre de responsabilisation seront élaborés et appliqués à l'ensemble des comités de services en collaboration. La vision prévoit que chaque cadre de responsabilisation sera élaboré et signé par les membres des comités de services en collaboration. Ces cadres permettront d'établir les buts, les objectifs, les rôles, les responsabilités et les processus de fonctionnement pour les équipes de soins de santé primaires propres à chaque collectivité. La responsabilité partagée est une des pierres angulaires du modèle abordé ici, et les comités de services en collaboration seront chargés de veiller à ce que les indicateurs de rendement et les résultats cliniques recommandés soient atteints.

Dans son ensemble, la conception actuelle de notre système public de prestation des soins de santé primaires pourrait être améliorée de manière à intégrer les groupes d'intervenants locaux. À l'heure actuelle, les régies régionales de la santé sont responsables des fournisseurs de soins de santé primaires, sauf des médecins rémunérés à l'acte. Dans la structure du ministère de la Santé, la rémunération des médecins, la cybersanté et les soins de santé primaires constituent des divisions distinctes; il faut des occasions de collaboration et des rôles de planification et de financement communs.

20 Document d'intention pour la création d'un comité des services en collaboration en Colombie-Britannique

21 Conseil canadien de la santé, *Au point de rupture : Les chefs de file de la santé échangent des idées pour accélérer la réforme des soins de santé primaires* (en ligne), Toronto, le Conseil, 2010, <http://www.conseilcanadiendelasante.ca>

Soins en équipe propres à chaque collectivité

RECOMMANDATIONS

- **Élaborer des modèles de soins dispensés en équipe.**
- **Instaurer les dossiers médicaux électroniques dans les environnements de prestation des soins en équipe.**
- **Créer un registre provincial des patients sans médecin rattaché à NB Branché.**

Notre population ne rajeunit pas, et la croissance de la génération du baby-boom dépassera bientôt celle de la population en âge de travailler. En vieillissant, les gens sont plus vulnérables aux maladies chroniques et doivent plus souvent faire appel au système de soins de santé pour les aider à gérer ces maladies.

La prévalence des maladies chroniques est généralisée dans toute la province. Environ 70 pour cent des Néo-Brunswickois en déplorent au moins une²². Plus du tiers des enfants et des jeunes de la province (âgés de 2 à 17 ans) souffrent de surpoids ou d'obésité²³. L'incidence croissante des maladies chroniques signifie qu'un plus grand nombre de patients ont besoin d'un soutien accru de la part de leurs fournisseurs de soins de santé primaires. Parallèlement, les médecins de famille constatent que la prise en charge de patients à besoins plus complexes exerce une pression de plus en plus importante sur leur pratique²⁴.

Tous les Néo-Brunswickois devraient bénéficier d'un accès en temps opportun à des services de soins de santé primaires qui offrent des soins complets et coordonnés. La prestation de soins en collaboration par une équipe est l'un des moyens d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé primaires, les équipes pouvant consacrer leurs énergies à la prévention et à la prise en charge des maladies chroniques et offrir un meilleur accès aux services, des délais d'attente réduits et une meilleure coordination des soins, afin d'aider à assurer que les patients reçoivent des soins au moment où ils en ont besoin²⁵.

Des recherches internationales approfondies ont montré que les équipes interdisciplinaires dispensent des soins complets, continus et coordonnés, ce qui est particulièrement bénéfique pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Une gestion efficace de ces maladies requiert le passage à une approche continue, axée sur le patient et sur le travail d'équipe. Les Néo-Brunswickois qui vivent avec une maladie chronique ont besoin de stratégies et d'interventions coordonnées et intégrées pour les aider à en assurer eux-mêmes la prise en charge, et ce, avec confiance. L'autogestion constitue une composante essentielle à la gestion optimale des maladies chroniques; au cours d'une année, les personnes atteintes de telles maladies passeront peut-être quelques rendez-vous – l'équivalent d'une demi-journée – à discuter de leur santé avec un fournisseur de soins de santé primaires, mais

22 Statistique Canada, ESCC, cycle 3.1, 2005.

23 Nouveau-Brunswick, ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport, *Vivre bien, être bien : la stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick 2009-2013*, Fredericton, 2009.

24 Conseil canadien de la santé, *Au point de rupture : Les chefs de file de la santé échangent des idées pour accélérer la réforme des soins de santé primaires* (en ligne), Toronto, le Conseil, 2010, <http://www.conseilcanadiendelasante.ca>

25 Conseil canadien de la santé, *Au point de rupture : Les chefs de file de la santé échangent des idées pour accélérer la réforme des soins de santé primaires* (en ligne), Toronto, le Conseil, 2010, <http://www.conseilcanadiendelasante.ca>

elles devront posséder les connaissances et les compétences nécessaires pour gérer efficacement leur problème le reste de l'année.

La sensibilité aux besoins des collectivités est un élément clé de la prestation de soins en équipe²⁶. Cette dernière est d'ailleurs un modèle privilégié de la plupart des stratégies de renouvellement des soins de santé primaires, la recherche semblant indiquer :

- que la prestation de soins en équipe constitue une façon d'améliorer la qualité des soins, ces équipes étant en mesure d'offrir un meilleur accès aux services, des délais d'attente plus courts et une meilleure coordination des soins;
- qu'une approche d'équipe peut également se traduire par la prestation de soins plus complets, particulièrement aux personnes atteintes de maladies chroniques²⁷.

Lors du Sommet sur les soins de santé primaires, plus de 90 pour cent des délégués ont convenu qu'une approche d'équipe constituait le modèle à privilégier pour la prestation des soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick. Le Comité directeur sur les soins de santé primaires recommande que les modèles de prestation de soins en équipe soient privilégiés pour l'avenir du renouvellement des soins de santé primaires. Le comité souscrit également à l'idée de délaissier les modèles de soins dispensés par un seul fournisseur.

Composition des équipes

Il n'y a pas de modèle d'équipe de soins de santé primaires universel qui réponde le mieux aux besoins de toutes les collectivités du Nouveau-Brunswick. Les évaluations des besoins des collectivités en matière de santé déjà réalisées d'un bout à l'autre de la province et les recherches approfondies du Conseil de la santé au chapitre des soins de santé primaires ont montré que chaque collectivité présentait son propre profil de santé de la population. Comme l'ont mentionné les intervenants lors du Sommet sur les soins de santé primaires, la constitution d'équipes de soins de santé primaires doit se faire en fonction des besoins de la collectivité, et ces équipes doivent réunir les fournisseurs de soins de santé primaires qui peuvent répondre aux besoins relevés.

Comme l'indiquait le document de travail de mars 2011 du Comité directeur sur les soins de santé primaires, **tous les Néo-Brunswickois doivent avoir accès à un médecin de famille.**

On envisage donc que chaque modèle d'équipe de soins de santé primaires compte un médecin de famille. Les équipes constituées selon ce modèle de collaboration pourraient également réunir, notamment des effectifs infirmiers, des professionnels de la santé complémentaires, des éducateurs en matière de santé et des travailleurs sociaux. Chacune comprendrait également le soutien administratif et l'encadrement nécessaire.

26 Santé Canada, « À propos des soins de santé primaires », *Santé Canada* (en ligne), dernière mise à jour le 21 juin 2006, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apropos-fra.php>

27 Conseil canadien de la santé, *Au point de rupture : Les chefs de file de la santé échangent des idées pour accélérer la réforme des soins de santé primaires* (en ligne), Toronto, le Conseil, 2010, <http://www.conseilcanadiendelasante.ca>

Dossier médical électronique

Le dossier médical électronique (DME) fait partie des outils qui permettent la prestation de soins complets et coordonnés dans le contexte d'une équipe. La recherche internationale porte à croire que les dossiers médicaux électroniques contribuent aux modèles de soins en collaboration en permettant aux membres des équipes d'accéder en temps opportun aux antécédents médicaux du patient et de la population de patients et d'être avisés des besoins de ceux-ci lorsqu'une intervention rapide s'impose; les dossiers médicaux électroniques permettent aussi de mesurer les indicateurs de rendement et résultats cliniques des pratiques.

Le Conference Board du Canada a reconnu que « la continuité de l'information entre les professionnels de la santé est liée à l'amélioration de la qualité des soins et des processus administratifs, et à l'amélioration de la sécurité pour le patient²⁸ », car les fournisseurs ont un accès rapide aux données pour faire le suivi des indicateurs de rendement et des résultats cliniques. Les dossiers médicaux électroniques peuvent renforcer la collaboration au sein des équipes, éviter le travail en double et faire en sorte que les membres des équipes puissent accéder aux données dont ils ont besoin concernant le patient au moment où ils en ont besoin²⁹. L'utilisation des dossiers médicaux électroniques dans les équipes de soins de santé primaires prend d'ailleurs toute son importance lorsque les membres de l'équipe ne se trouvent pas tous au même endroit. En outre, selon le Conseil canadien de la santé, les dossiers médicaux électroniques pourraient mener à une gestion efficace des maladies chroniques dans les environnements de prestation en équipe des soins de santé primaires³⁰.

L'instauration des dossiers médicaux électroniques peut également s'avérer profitable pour les patients. Le Collège des médecins de famille du Canada suggère que, pour contribuer à la promotion des soins axés sur le patient, les principaux intéressés, les patients, aient accès à leur dossier médical, comme convenu avec leur médecin de famille et leur équipe de soins de santé primaires³¹. La recherche révèle qu'on a constaté que les dossiers médicaux électroniques améliorent la satisfaction des patients en ce qui concerne :

- la qualité de leurs consultations;
- la connaissance qu'a leur médecin de leurs besoins en matière de soins de santé;
- la communication entre patient et fournisseur;
- l'utilisation du temps lors de la consultation;
- la compréhension des décisions prises au cours de la consultation³².

Afin de contribuer de manière efficace au renouvellement des soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick, les dossiers médicaux électroniques doivent être adéquatement financés, normalisés

28 Le Conference Board du Canada, *Amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires : Principes et cadre de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires*, Ottawa, chez l'auteur, 2006.

29 D. McMurphy, *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, 2009.

30 Conseil canadien de la santé, *Bien faire les choses : la bonne gestion des patients atteints de maladies chroniques par des équipes de soins de santé primaires* (en ligne), Toronto, le Conseil, 2009, <http://www.conseilcanadiendelasante.ca>

31 Collège des médecins de famille du Canada, *Une vision pour le Canada : la pratique de la médecine familiale : le centre de médecine de famille*, Mississauga, le Collège, 2011.

32 J. Hsu et coll., « Use of e-health services between 1999 and 2002: A growing digital divide », *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 12, n° 2 (2005), p. 164-171.

de manière à assurer une gestion commune des données et intégrés aux autres dossiers de santé électroniques (c'est-à-dire « Un patient, un dossier »)³³. Le Collège des médecins de famille du Canada a par ailleurs constaté, grâce à un examen exhaustif de la littérature évaluée par les pairs, que le partage des coûts ou le soutien financier du gouvernement est nécessaire à l'absorption des coûts élevés rattachés à l'adoption des dossiers médicaux électroniques³⁴. Il faudra également une formation suffisante et un soutien technique continu. On recommande que des dossiers médicaux électroniques soient mis en place dès la phase de démarrage des équipes de soins de santé primaires.

Registre des patients sans médecin rattaché à NB Branché

À l'heure actuelle, les deux régions disposent de systèmes de registres des patients sans médecin qui contiennent la liste des Néo-Brunswickois qui n'ont pas de médecin de famille attribué, et auxquels on en affectera un quand des places se libéreront. Les patients et les intervenants ont indiqué que des processus et des modèles améliorés pourraient être envisagés pour optimiser les systèmes de registres actuels. Ces changements permettraient d'assurer une meilleure surveillance des patients sans médecin, tout en veillant à ce que les données soient exactes et à jour et à ce que le public ait accès à une information plus transparente.

Le Comité directeur sur les soins de santé primaires recommande un registre des patients bilingue géré provincialement et doté d'un numéro de téléphone facile à retenir et familier (p. ex. le 811) où tous les citoyens du Nouveau-Brunswick ne disposant pas d'un médecin de famille pourraient appeler. Le centre de responsabilité pour la gestion active du registre sera rattaché au fournisseur de Télé-Soins. Des critères seront élaborés en concertation avec divers intervenants dont les régions régionales de la santé, les fournisseurs de soins de santé primaires, les comités de services en collaboration et les services d'urgence, afin d'établir les priorités dans la gestion du registre et la manière dont les patients sont retirés de la liste lorsque des fournisseurs disponibles sont trouvés.

Le comité recommande la mise en œuvre, par le gouvernement, d'initiatives correspondant à des pratiques d'équipe en collaboration à l'échelon des collectivités. Un comité de services en collaboration local tiendrait la barre de chacune des initiatives, afin d'assurer responsabilisation et soutien. On prévoit que ces initiatives seraient structurées ou modelées en fonction des besoins de la collectivité locale, eux-mêmes établis à l'aide d'évaluations des besoins de la collectivité en matière de santé. On estime que les besoins cernés seraient satisfaits à partir des ressources disponibles existantes. Bien que certains investissements puissent être nécessaires pour financer de nouvelles ressources, notre système dispose de ressources de qualité qui peuvent être utilisées plus efficacement. Ces dernières, si elles font l'objet d'une réorganisation, pourraient contribuer à la satisfaction des besoins des collectivités en matière de soins de santé primaires. Afin d'assurer des investissements stratégiques, le classement par ordre de priorité de ces initiatives devra compléter la stratégie mise de l'avant dans le prochain Plan provincial de la santé du ministère (2012-2016).

33 Collège des médecins de famille du Canada, *Une vision pour le Canada : la pratique de la médecine familiale : le centre de médecine de famille*, Mississauga, le Collège, 2011.

34 Collège des médecins de famille du Canada, *Une vision pour le Canada : la pratique de la médecine familiale : le centre de médecine de famille*, Mississauga, le Collège, 2011.

Responsabilisation

RECOMMANDATION

- **Mettre en application un cadre de responsabilisation comprenant des indicateurs de rendement et des résultats cliniques.**

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a constaté que la reddition de comptes, étayée par une culture d'amélioration continue de la qualité et par une évaluation et une surveillance continues, facilitait la réalisation d'un système de santé de haute qualité³⁵. Les intervenants des soins de santé primaires de toute la province ont reconnu que l'établissement d'indicateurs de rendement et de résultats cliniques clairs et mesurables devrait constituer une priorité pour le renouvellement des soins de santé primaires et que ces mesures devaient être évaluées à l'échelle de la province et communiquées de manière cohérente. Cela permettrait des comparaisons provinciales et aiderait à favoriser une culture de responsabilisation. La recherche fait ressortir un lien entre la diffusion publique de l'information et l'amélioration de la qualité lors du renouvellement des soins de santé primaires³⁶.

Le Comité directeur sur les soins de santé primaires recommande l'élaboration d'un cadre de responsabilisation comprenant des indicateurs de rendement et des résultats cliniques, ainsi que la constitution d'un comité de travail chargé de conseiller le gouvernement provincial relativement aux indicateurs clés et aux résultats cliniques à mesurer. Toutes les équipes de soins de santé primaires devront mesurer le rendement et faire preuve de conformité aux normes de rendement. La communication des résultats relatifs aux indicateurs de rendement et aux résultats cliniques sera un élément fondamental du processus d'orientation du changement.

Le renouvellement des soins de santé primaires exigera que les fournisseurs, le gouvernement et les régies régionales de la santé modifient la manière dont ils dispensent ces soins, ce qui entraînera par ricochet des changements dans la manière dont le public les reçoit. Communiquer l'efficacité du renouvellement des soins de santé primaires pourrait encourager l'adhésion de personnes réticentes au changement, encouragera la diffusion de récits de réussites, validera l'utilisation efficace des dollars consacrés aux soins de santé et contribuera au soutien des travaux réalisés par le Conseil de la santé.

Indicateurs de rendement

Les indicateurs qui serviront à mesurer le rendement de l'équipe seront établis d'un commun accord par ses membres. Ces indicateurs correspondront aux principes généraux adoptés ci-dessous et feront l'objet de rapports à intervalles réguliers. Le respect des normes de rendement sera lié à un soutien permanent en termes de financement et de ressources. La section suivante présente des principes et des exemples d'indicateurs qui seront saisis dans un cadre de responsabilisation.

35 D. McMurchy, *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, 2009.

36 D. McMurchy, *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, 2009.

Principes généraux destinés à orienter l'élaboration d'indicateurs de rendement et de résultats cliniques

1. Saine structure de responsabilisation

Buts et objectifs énoncés dans un cadre de responsabilisation, qui décrira également la population de patients desservie.

2. Gestion des ressources

La manière dont les ressources financières et humaines seront gérées de façon efficace pour atteindre les buts et les objectifs.

3. Gestion du risque

La manière dont les équipes mesureront, accepteront et géreront le risque.

4. Indicateurs clés à mesurer

Les mesures qualitatives et quantitatives requises pour évaluer le rendement dans la réalisation des objectifs.

Indicateurs clés

1) Processus de soins

i. Évaluation des soins systématiques ou continus à tout moment de la journée

Exemple – *Nombre moyen de jours pendant lesquels un patient communiquant avec le bureau d'une équipe ou aiguillé vers un fournisseur de soins primaires devra patienter avant le premier rendez-vous disponible.*

ii. Accès à des soins immédiats ou urgents le jour même

Exemple – *Combien de patients ont pu accéder à leur équipe pour des soins immédiats ou urgents le jour où ils ont communiqué avec elle ou lui ont été aiguillés*

iii. Dispositions de l'équipe de soins de santé primaires pour des heures de bureau prolongées offertes régulièrement (%)

Exemple – *Des dispositions viables et efficaces sont en place en ce qui concerne le service après les heures normales de bureau. Nombre de patients accueillis après les heures normales de bureau.*

iv. Dépistage approprié des problèmes de santé classiques

Exemples – *tests PAP, mammographie, cancers colorectaux et de la prostate, pression artérielle, glycémie et autres problèmes de santé ciblés qui sont plus endémiques au sein de la population de patients.*

2) Résultats des soins

i. Mesure du changement dans l'état de santé de patients ou de cohortes

Exemple – *Suivi des niveaux de l'HbA1c, chez les patients souffrant du diabète, et de la pression sanguine dans le cas de l'hypertension artérielle.*

ii. Utilisation du réseau – admissions à l'hôpital ou service d'urgence

Exemple – *Nombre de patients atteints d'une ou de plusieurs des quatre maladies chroniques sélectionnées, ayant été reçus au service d'urgence ou admis à l'hôpital dans les six derniers mois.*

iii. Coordination des soins – p. ex. aiguillage en santé mentale ou vers un spécialiste ou des soins spécialisés

Exemple – *Nombre de patients aiguillés pour des soins spécialisés et endroits vers lesquels ils ont été aiguillés au cours des six derniers mois.*

3) Satisfaction des patients et des soignants

i. Sondages réguliers (deux fois l'an) à partir de questionnaires existants.

4) Coûts

i. Remboursement – suscite-t-il les résultats souhaités et y reconnaît-on la diversité des cas au sein de la population de patients traitée?

ii. Viabilité

iii. Soutien à l'adoption et à l'utilisation de technologies de l'information en santé

Mobilisation des intervenants et des patients

RECOMMANDATIONS

- **Mettre en œuvre des stratégies de mobilisation des intervenants.**
- **Instaurer le réseau de discussion pour les patients, *La voie des patients***
- **Augmenter le nombre de membres siégeant au Comité directeur sur les soins de santé primaires en y ajoutant un représentant des patients.**

Mobilisation des intervenants

Les commentaires reçus lors du processus de dialogue sur les soins de santé primaires et du sommet ont fait ressortir que les fournisseurs de soins de santé primaires qui prenaient part au dialogue se sentaient engagés dans le renouvellement des soins de santé primaires et qu'ils parvenaient à établir des liens avec leurs pairs afin de faire part des pratiques exemplaires et des réussites. Les perspectives et les recommandations des intervenants mobilisés se sont avérées essentielles à l'élaboration du présent cadre. Voilà pourquoi on recommande que soit établie une stratégie de communication visant à garder ces intervenants au fait des initiatives du gouvernement au chapitre des soins de santé primaires et à faire en sorte qu'ils soient consultés tout au long du processus de renouvellement. Pour assurer le succès de ce renouvellement, il sera essentiel d'instaurer la confiance, d'encourager un dialogue ouvert et d'entretenir des relations continues.

Mobilisation des patients

Les soins axés sur le patient constituent une philosophie en vertu de laquelle il faut impérativement que le patient soit mobilisé dans la prise de décision relative à sa propre santé et que le patient et les soignants travaillent en équipe pour parvenir à combler les besoins particuliers de chaque patient. Il est nécessaire de comprendre parfaitement le profil de santé complet du patient pour arriver à dispenser des soins qui sont réellement axés sur celui-ci. Les soins de santé primaires axés sur le patient peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé de la population, particulièrement en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques. La mobilisation des patients comporte de nombreux avantages, dont les suivants³⁷:

- les patients sont plus confiants et jouent un rôle plus actif dans le maintien de leur état de santé, sont plus satisfaits de leurs soins et ont une opinion plus positive de leur santé en général;
- le processus décisionnel assumé conjointement par le patient et les fournisseurs est de plus en plus reconnu comme étant un modèle de soins idéal;
- les patients mobilisés ont une meilleure connaissance relative à leurs soins et les comprennent mieux, ce qui se traduit par une meilleure utilisation des services et des ressources en matière de santé.

Au niveau de la relation patient-fournisseur, les soins dispensés en collaboration par une équipe peuvent favoriser une culture de mobilisation des patients. Il y a cependant des barrières socio-

³⁷ 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* (en ligne), Toronto, le Conseil, 2011, <http://www.conseilcanadiendelasante.ca>.

économiques susceptibles de faire obstacle à cette mobilisation. En 2003, plus de 60 pour cent des Canadiens ont obtenu une note de littératie en santé inférieure au minimum nécessaire à leur participation³⁸. Par ailleurs, comme l'a relevé le Conseil de la santé, la manière dont de nombreux Néo-Brunswickois accèdent aux soins de santé primaires témoigne d'une compréhension apparemment insuffisante du réseau de soins de santé.

Chez les personnes atteintes de maladies chroniques, le taux de littératie et le statut socio-économique ainsi que le soutien à ces égards, sont des indicateurs du taux de réadmission³⁹. Le renouvellement des soins de santé primaires consiste notamment à agir sur les déterminants sociaux de la santé. Ces derniers influent sur la manière dont une personne s'y prend pour accéder aux soins de santé primaires, sur sa compréhension de ces soins, sur l'autogestion des malaises et des maladies chroniques, sur sa compréhension des traitements médicaux prescrits et sur l'adoption de comportements sains. Les ministères du Développement social et de l'Éducation et du Développement de la petite enfance offrent actuellement des programmes et des services destinés à aider les Néo-Brunswickois issus de familles au statut socio-économique peu élevé. Les pratiques en équipe s'avèrent plus propices à la facilitation des interactions entre patients et ressources communautaires que l'exercice en solo.

Au niveau du réseau, la participation des patients à la planification et à la conception de services de soins de santé peut mener à l'amélioration de la qualité des soins et renforcer leur responsabilisation⁴⁰. Or, la mobilisation des patients, à ce niveau, est actuellement insuffisante. On recommande qu'un réseau de patients soit créé et dirigé par un comité provincial composé de représentants du gouvernement, de patients, ainsi que d'intervenants des soins de santé primaires et des collectivités. La Colombie-Britannique a fondé son *Patient Voices Network* en 2008, afin de promouvoir les comportements sains, la mobilisation des patients au niveau du réseau et les soins axés sur le patient. Le Comité directeur sur les soins de santé primaires recommande un modèle semblable pour le Nouveau-Brunswick.

Le comité recommande également que les conseils et les comités liés aux soins de santé, tels ceux du ministère de la Santé, des régions régionales de la santé et d'autres organismes du domaine de la santé, sollicitent l'avis des patients pour éclairer la prise de décisions et l'élaboration de programmes. Dans une perspective d'avenir, le comité ajoutera la perspective des patients au comité, une perspective particulière qui n'y est pas encore représentée.

38 Conseil canadien sur l'apprentissage, *La littératie en santé au Canada : une question de bien-être*, Ottawa, le Conseil, 2008.

39 Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2011*, Moncton, le Conseil, 2011.

40 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* (en ligne), Toronto, le Conseil, 2011, <http://www.conseilcanadiendelasante.ca>

Leadership pour la transformation du réseau

RECOMMANDATIONS

- **Mettre sur pied une équipe ayant pour mandat de diriger le changement.**
- **Élaborer et mettre en œuvre des stratégies pour orienter le changement.**
- **Augmenter le nombre de membres siégeant au Comité directeur sur les soins de santé primaires en y ajoutant un représentant de la cybersanté du ministère de la Santé et un représentant des Premières Nations.**

Bien que la prestation des soins en équipe ait été désignée par nos intervenants comme le modèle de prestation des soins à privilégier au Nouveau-Brunswick⁴¹, le changement ne survient pas toujours sans difficulté. Les fournisseurs de soins de santé primaires devront transformer la manière dont ils dispensent leurs soins. Le Conseil canadien de la santé recommande que les différentes instances compétentes mettent davantage l'accent sur la réalisation du changement au cours du processus de renouvellement des soins de santé primaires et fait remarquer qu'il sera plus facile de procéder aux changements en ayant recours à des communications efficaces, au soutien et à la participation de toutes les parties intéressées⁴². De bonnes stratégies pour effectuer des changements constituent l'un des principaux attributs des organismes de santé à haut rendement⁴³ : communiquer clairement la vision et soutenir les changements, faire participer les principaux intervenants et leaders d'opinion; préciser le processus de mise en œuvre; établir ce qui constitue une mise en œuvre réussie; veiller à ce que des mesures concrètes soient en place pour évaluer le succès du changement; renforcer et récompenser le progrès et la réussite.

En ce sens, on recommande que le gouvernement investisse dans une équipe de direction pour la transformation du réseau afin d'assurer aux intervenants, aux fournisseurs et aux citoyens une transition sans heurt vers ce nouveau modèle de prestation des soins. On envisage que le Comité directeur sur les soins de santé primaires assumera la surveillance de la transformation du réseau et que le gouvernement investira dans des ressources pour établir une équipe de soutien à la mise en œuvre. La composition du comité doit être revue afin de correspondre à un nouveau rôle.

La vision pour les soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick doit être communiquée clairement et fréquemment. Une stratégie de communication globale devra être mise au point afin d'assurer la mobilisation des intervenants dans le cadre du processus de renouvellement des soins de santé primaires. La recherche porte à croire qu'accorder de l'importance à l'évaluation des indicateurs de rendement et des résultats cliniques contribuera au soutien du processus de réalisation du changement⁴⁴.

41 Données recueillies en temps réel auprès de délégués lors du Sommet des soins de santé primaires qui s'est tenu le 21 octobre 2011 à Fredericton, au Nouveau-Brunswick.

42 Conseil canadien de la santé, *Au point de rupture : Les chefs de file de la santé échangent des idées pour accélérer la réforme des soins de santé primaires* (en ligne), Toronto, le Conseil, 2010, <http://www.conseilcanadiendelasante.ca>

43 D. McMurchy, *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, 2009.

44 D. McMurchy, *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, 2009.

Dans le but de renforcer le comité, d'en améliorer la capacité de réaction et de rassembler les principaux intervenants, le comité accueillera de nouveaux membres, dont :

- un représentant des patients, tel qu'il est indiqué à la quatrième recommandation ci-dessus;
- un représentant de la cybersanté du ministère de la Santé;
- un représentant des Premières Nations.

Conclusion

Au cours de la dernière année, le Comité directeur sur les soins de santé primaires, en partenariat avec le ministère de la Santé, a mené un vaste processus de mobilisation à l'aide de diverses méthodes de consultation et de dialogue. On nous a très fortement exprimé que le renouvellement des soins de santé primaires est essentiel pour garantir la viabilité des soins de santé. Les méthodes d'amélioration suggérées par les différents groupes d'intervenants se ressemblent et sont compatibles avec les résultats de recherches internationales et les stratégies fondées sur des données probantes qui sont actuellement instaurées dans les provinces et les territoires du pays. Dans le cadre de ce processus de renouvellement, il faut mettre en œuvre des mesures concrètes relativement à la manière dont les soins sont fournis et dont les collectivités et des citoyens y participent.

Dans le contexte fiscal actuel, notre province fait face à un défi inédit : le vieillissement rapide de la population et un nombre sans précédent de Néo-Brunswickois atteints d'une maladie chronique. Les fournisseurs de soins de santé primaires de notre province souhaitent que les résidents aient accès au bon fournisseur, aux bons soins, au bon endroit, au bon moment. Pour y parvenir, nous devons remanier nos ressources pour mieux répondre aux besoins de la collectivité et investir dans les soins de santé primaires en vue de réduire à long terme la pression financière sur notre système afin d'en arriver à la viabilité des soins de santé et à l'amélioration de la santé de notre population.

L'instauration de ces changements dans le réseau transformera la manière dont les fournisseurs de soins de santé primaires, le gouvernement, les régies régionales de santé, la collectivité, les intervenants et les citoyens interagissent et collaborent. La mise en œuvre d'une stratégie pour orienter les changements sera primordiale pour assurer une transition en douceur et pour changer de manière positive la manière dont les Néo-Brunswickoises et les Néo-Brunswickois interagissent avec le réseau de santé.

Le renouvellement des soins de santé primaires se réalisera par le biais d'un processus évolutif et continu. Les stratégies de mobilisation des patients et des intervenants favoriseront les appuis et l'adhésion tout au long du processus. Les patients doivent être mieux mobilisés au niveau du réseau. La mise sur pied d'un réseau de discussion pour les patients facilitera la mise en commun de leurs perspectives et de leurs expériences dans le cadre de l'élaboration des politiques, de la planification et de la mise en œuvre. Le processus de mobilisation dans les soins de santé primaires mit de l'avant cette année par le Comité directeur sur les soins de santé primaires et le ministère de la Santé a été bien accueilli par les intervenants. Ceux-ci doivent participer au dialogue sur le renouvellement des soins de santé primaires de manière continue.

Après un an de dialogue approfondi et de mobilisation généralisée, le Comité directeur sur les soins de santé primaires en est arrivé aux présentes recommandations stratégiques pour renouveler les soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick. D'autres provinces, telles que la Colombie-Britannique, l'Ontario et la Saskatchewan sont avancées dans ce processus et ont été reconnues comme chefs de file du renouvellement des soins de santé primaires par le Conseil canadien de la santé. La situation financière du Nouveau-Brunswick et sa démographie changeante indiquent qu'il est temps d'apporter des changements. De bons investissements dans les soins de santé primaires pourraient réduire les dépenses en matière de soins de santé à long terme. Les investissements doivent donc être axés sur l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé primaires, ainsi que sur la prévention et l'autogestion des maladies chroniques. Le renouvellement des soins de santé primaires est la pierre d'assise pour créer un réseau de soins de santé viable et répondre aux besoins en matière de soins de santé des générations à venir.

Définitions

Services de soins de santé primaires 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

Les services de soins de santé primaires 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, désignent des services et des renseignements de base en soins de santé auxquels on peut accéder directement, en personne, au téléphone ou par d'autres moyens de communication⁴⁵.

Gestion des maladies chroniques

La gestion des maladies chroniques est un processus de gestion clinique des soins. Elle couvre le continuum de soins, depuis la prévention primaire jusqu'au traitement d'entretien à long terme des personnes atteintes d'une maladie ou d'un trouble chronique⁴⁶.

Pratiques en collaboration

Les soins de santé en collaboration désignent des démarches ou des activités qui visent à renforcer les liens entre les différents fournisseurs collaborant dans le cadre d'un partenariat. Cela signifie également qu'aucun fournisseur ne travaille seul pour fournir des soins. Leurs liens ont les caractéristiques suivantes :

- des objectifs communs;
- la reconnaissance et le respect des points forts et des différences respectives;
- des prises de décision équitables et efficaces;
- un accent sur le patient;
- des communications limpides et régulières⁴⁷.

45 Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé, unité des Soins de santé primaires.

46 *Guider la facilitation dans le contexte canadien : renforcer les soins de santé primaires* (en ligne), St. John's (T.-N.-L.), ministère de la Santé et des Services communautaires, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 2006, <http://www.gnb.ca/0053/phc/pdf/Guide%20sur%20facilitation%20-%20Français.pdf> Définition à la page 58.

47 Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Guide des méthodes de pratique en équipe* (en ligne), Toronto, le Ministère, 2005, http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/fhft/guidesf/fht_collab_teamf.pdf Définition à la page 3

Centres de santé communautaires

Les centres de santé communautaires (CSC) sont des organismes qui offrent des services de soins de santé primaires, de prévention des maladies et des blessures, de gestion des maladies chroniques et de développement communautaire, en se servant d'une approche de promotion de la santé de la population et en faisant appel à une équipe interdisciplinaire de fournisseurs de soins de santé. Ces équipes comprennent souvent des médecins, des infirmières praticiennes, des travailleurs sociaux, des diététistes, des promoteurs de la santé, des conseillers et d'autres fournisseurs de soins de santé⁴⁸.

Centres de santé mentale communautaires

Les centres de santé mentale communautaires (CSMC) sont chargés de la prestation efficace des services de santé mentale communautaires dans une zone particulière. Ils assurent également des liens entre les services des centres de santé mentale communautaires, des unités de psychiatrie et d'autres organismes compétents de la région et leur coordination efficace. Chacun des centres de santé mentale communautaires est chargé de gérer les programmes communautaires de base. Un comité consultatif communautaire (CCC) composé de consommateurs, de familles, de groupes de revendication et de membres du grand public conseille chacun des treize centres de santé mentale communautaires⁴⁹.

Continuum de soins/continuité des soins

La continuité des soins se rapporte à la capacité des patients à accéder aux soins de santé par l'entremise d'un même fournisseur de soins au fil du temps, ce que l'on décrit souvent en disant « du berceau au tombeau »⁵⁰.

Dossier médical électronique (DME)

Systèmes informatisés qui permettent aux fournisseurs de soins de santé primaires de conserver, d'extraire et de manipuler électroniquement les renseignements relatifs aux rencontres avec les patients et leur information clinique au lieu de prestation des soins⁵¹.

Programme extra-mural

Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick (que plusieurs appellent « l'hôpital hors les murs ») fournit des services de soins de santé à domicile complets aux Néo-Brunswickoises et Néo-Brunswickois, et ce, chez eux et dans leur collectivité. La mission de ce programme est d'offrir aux personnes de tout âge un éventail complet de services de santé coordonnés aux fins de promotion, de maintien ou de rétablissement de la santé dans le contexte de leur vie quotidienne. Il fournit aussi des services de soins palliatifs pour soutenir la qualité de vie des personnes atteintes de maladies évolutives pouvant provoquer la mort⁵².

48 Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé et du Mieux-être, *Cadre de travail pour les centres de santé communautaires du Nouveau-Brunswick* (en ligne), [Fredericton], le Ministère, 2003, <http://www.gnb.ca/0601/pdf/FrameworkFrenchOct25.pdf> Définition à la page 1

49 Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé, unité des Services de traitement des dépendances et de santé mentale.

50 Collège des médecins de famille du Canada, « Continuité et intégralité des soins », *The College of Family Physicians of Canada = Le Collège des médecins de famille du Canada* (en ligne), 2007, <http://toolkit.cfpc.ca/fr/continuity-of-care/index.php>, consulté en février 2012.

51 Ministère de la Santé, *Cybersanté* (avec une modification).

52 Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé, *Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick* (en ligne), 2012, <http://www.gnb.ca/0051/0384/index-f.asp>, consulté en février 2012.

Médecins rémunérés à l'acte

Désigne les médecins qui sont rémunérés selon un tarif ou un système de paiement qui assure une rémunération raisonnable des médecins praticiens qui exercent en vertu de la loi et des règlements afférents⁵³.

Centres de services de santé

Les centres de services de santé (CSS) sont situés surtout dans les régions rurales et offrent un soutien infirmier et administratif aux médecins rémunérés à l'acte dans un environnement d'exercice pratique en cabinet⁵⁴.

Soins axés sur le patient

Respect des valeurs, des préférences et des besoins exprimés par une personne; coordination et intégration des soins; information, communication, éducation; confort physique; soutien émotionnel et allègement de la peur et de l'anxiété; mobilisation de la famille et des amis; transition et continuité⁵⁵.

Soins de santé primaires

Les soins de santé primaires constituent le premier niveau avec lequel les patients, leur famille ou la collectivité sont en contact dans le réseau de santé et le premier niveau d'un processus de soins de santé continu. Ils peuvent comprendre l'éducation, la promotion et la prévention en matière de santé sur le plan individuel ou collectif, l'évaluation, les services de diagnostic, l'intervention et le traitement⁵⁶.

Comité directeur sur les soins de santé primaires (CDSSP)⁵⁷

Le Comité de collaboration sur les soins de santé primaires, maintenant appelé le Comité directeur sur les soins de santé primaires, a été formé en 2005 pour s'acquitter du mandat suivant :

« Développer et mettre en œuvre de nouvelles méthodes visant à améliorer l'accès et la prestation de soins de santé primaires (ou de premier contact) à la population du Nouveau-Brunswick, en procédant à des examens et en faisant des recommandations relativement à l'établissement de modèles de prestation de services primaires plus accessibles et plus efficaces servant à toute la province. »

Il était composé des membres suivants : un (1) représentant du ministère des Services familiaux et communautaires, un (1) représentant du ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport, un (1) représentant du Collège des médecins de famille du Nouveau-Brunswick, deux (2) représentants de la Société médicale du Nouveau-Brunswick, un (1) représentant de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, deux (2) professionnels de la santé complémentaires, deux (2) représentants des régies régionales de la santé ayant des responsabilités en matière de soins de santé primaires, quatre (4) représentants du ministère

53 Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé, *Entente cadre sur la rémunération à l'acte*, article 4.1.1.

54 Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé, unité des Soins de santé primaires.

55 M. Stewart, *Measuring patient-centered care: A primary health care perspective* (en ligne), janvier 2010, présentation PowerPoint, http://www.f2fe.com/cihr/2010/postevent/workshops_monday/1.5%20Patient-Centred%20Slides%20for%20PHC%20Summit.pdf

56 Nouveau-Brunswick, *Loi sur les régies régionales de la santé*, 2002 (D.C. 2002-431).

57 Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé, unité des Soins de santé primaires.

de la Santé, deux (2) médecins praticiens des soins de santé primaires ou omnipraticiens indépendants, une (1) infirmière praticienne et de personnes nommées par le ministère de la Santé.

En 2007, le comité a changé de nom pour devenir le Comité consultatif sur les soins de santé primaires, mais il a conservé son mandat et sa visée. On y a intégré le représentant du ministère du Développement social, anciennement appelé le ministère des Services familiaux et communautaires. On en a modifié le développement ainsi qu'un certain nombre de ses « produits livrables ». En 2010, par suite de l'achèvement du document de discussion du comité intitulé *Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et de la prestation de ces services au Nouveau-Brunswick*, le comité a changé de nom pour devenir le Comité directeur sur les soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick afin de correspondre à son rôle plus actif dans la mise en œuvre de la réforme des soins de santé primaires⁵⁸.

Équipes de soins de santé primaires

Au Nouveau-Brunswick, une équipe de soins de santé primaires est un groupe interdisciplinaire formé de professionnels des soins de santé primaires, y compris des médecins de famille qui exercent à pleine hauteur de leur champ de pratique, et qu'on a rassemblés (soit au même emplacement, soit virtuellement) pour offrir 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, des soins de santé primaires complets, axés sur le patient, afin de répondre aux besoins particuliers de la collectivité qu'ils desservent en matière de santé⁵⁹.

Médecins salariés

Médecins payés en vertu du régime de rémunération du personnel médical.

Centres de santé communautaires satellites

Les centres de santé communautaires satellites (CSCS) offrent des services de soins de santé primaires grâce à un médecin ou à une infirmière praticienne qui agissent comme fournisseurs de soins de santé primaires. Les centres offrent également des soins infirmiers et un soutien administratif. Chaque centre satellite est soutenu par un centre de santé communautaire complet qui fournit l'accès aux ressources supplémentaires de l'équipe interdisciplinaire élargie⁶⁰.

Télé-Soins (811)

Télé-Soins est une ligne accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, où l'on fournit confidentiellement des renseignements et des conseils sur la santé⁶¹.

Patients sans médecin

Patients dont on ne sait pas s'ils ont un médecin traitant régulier.

58 Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé, unité des Soins de santé primaires.

59 Tel qu'il est défini dans le présent document.

60 Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé, unité des Soins de santé primaires.

61 Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé, *Tele-Care 811 Télé-Soins* (en ligne), 2012, <http://www.gnb.ca/0217/tele-care-f.asp>

Comité directeur sur les soins de santé primaires		
Nom	Titre	Courriel
Dr Aurel Schofield Coprésident	Vice-doyen adjoint, Faculté de médecine Coordonnateur de la formation médicale francophone au Nouveau-Brunswick	schofia@umoncton.ca
Ken Ross Coprésident	Sous-ministre adjoint, Services de traitement des dépendances, la Santé mentale, Soins de santé primaires et Programme extra- mural	Ken.ross@gnb.ca
Bronwyn Davies	Directrice, Soins de santé primaires	Bronwyn.davies@gnb.ca
Lyne St Pierre-Ellis	Sous-ministre déléguée Bureau de la sous-ministre déléguée	Lyne.st-pierre-ellis@gnb.ca
Geri Geldart	Vice-présidente, Services cliniques, Santé communautaire et Soins infirmiers du réseau de santé Horizon	Geri.geldart@HorizonNB.ca
Suzanne Robichaud	Vice-présidente, Soins de santé primaires pour le réseau de santé Vitalité	Suzanne.robichaud@vitaliteNB.ca
Dr Robert Boulay	Médecin de famille, Collège des médecins de famille du Nouveau-Brunswick Département de médecine familiale	boumac@nbnet.nb.ca
Dr Brian Craig	Médecin, Réseau de santé Horizon Société médicale du Nouveau-Brunswick	bhcraig@nb.synpatico.ca
Dre Eilish Cleary	Médecin hygiéniste en chef	Dr.Eilish.Cleary@gnb.ca
Dre Carole Deveau	Médecin de famille, Réseau de santé Horizon	Dr.carole.deveau@HorizonNB.ca
Michelle Bourgoin	Directrice du Mieux-être Ministère de la Culture, du Tourisme et de la Vie saine	michelle.bourgoin@gnb.ca

Comité directeur sur les soins de santé primaires

Nom	Titre	Courriel
Doreen Legere	Directrice, Services thérapeutiques Miramichi Réseau de santé Horizon	Doreen.legere@HorizonNB.ca
Bill MacKenzie	Directeur exécutif, Division des politiques, de la planification stratégique et du rendement Ministère du Développement social	Bill.MacKenzie@gnb.ca
Michel (Mike) Léger	Directeur, Assurance-maladie - Services assurés et rémunération des médecins	michel.leger@gnb.ca
Thérèse Thompson	Infirmière praticienne, Réseau de santé Vitalité	Therese.thompson@vitalitenb.ca
Jean Bustard	Directrice, Programme extra-mural Ministère de la Santé	jean.bustard@gnb.ca
Dr Mike Perley	Médecin de famille, Société médicale du Nouveau-Brunswick	mperley@nb.aibn.com
Shauna Figler	Conseillère de pratiques des infirmières, Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick	sfigler@nanb.nb.ca
Dre Dawn Marie Martin Ward	Médecin de famille, Société médicale du Nouveau-Brunswick	Dawnmarie.martin@vitalitenb.ca

Membres ad hoc

Cheryl Hansen	Directrice générale, Solutions d'affaires et de technologies sur la santé Ministère de la Santé	Cheryl.hansen@gnb.ca
---------------	---	--