



***Notre santé***

***Notre avenir***

# **Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et de la prestation de ces services au Nouveau-Brunswick**

Document de discussion / Novembre 2010

préparé par le

Comité consultatif sur les soins de santé primaires (CCSSP)



CNB 7537

ISBN 978-1-55471-491-9

## Table des matières

Table des figures	
Annexes	
Sigles et acronymes	
Résumé . . . . .	1
Tous les Néo-Brunswickois doivent avoir accès à une équipe de médecine familiale	5
<b>SECTION 1</b> . . . . .	<b>7</b>
Contexte . . . . .	7
Le système de soins de santé primaires du Nouveau-Brunswick fait face à . . . . .	7
<b>SECTION 2</b> . . . . .	<b>17</b>
En quoi consistent les soins de santé primaires? . . . . .	17
Qui offre les soins de santé primaires? . . . . .	17
Comment fonctionnent les soins de santé primaires? . . . . .	18
Où en est la réforme des soins de santé primaires? . . . . .	19
Un plan conceptuel pour la réforme des soins de santé primaires . . . . .	22
<b>SECTION 3</b> . . . . .	<b>24</b>
<b>Pilier 1 — Accès : la situation actuelle</b> . . . . .	<b>24</b>
Les statistiques - médecins de famille, cliniques ouvertes après les heures normales et salles d'urgence . . . . .	25
Profil des centres de santé communautaires, des centres de santé et de Télé-Soins	39
Télé-Soins . . . . .	40
Les infirmières praticiennes et les soins de santé de primaires. . . . .	41
Résumé de la situation actuelle . . . . .	42
Accès : situation visée . . . . .	44
<b>Pilier 2 — Équipes de soins : la situation actuelle</b> . . . . .	<b>48</b>
Travail en équipe : situation visée . . . . .	50
Les gestionnaires de cas améliorent les résultats! . . . . .	51
<b>Pilier 3 — Renseignements opportuns : la situation actuelle</b> . . . . .	<b>55</b>
Renseignements opportuns : situation visée . . . . .	58
<b>Pilier 4 — Mode de vie sain : la situation actuelle</b> . . . . .	<b>63</b>
Mode de vie sain : situation visée . . . . .	65
<b>SECTION 4 Recommandations</b> . . . . .	<b>69</b>
<b>SECTION 5 Avis au ministère de la Santé</b> . . . . .	<b>71</b>

## Table des figures

Figure 1	
Budget de santé du Nouveau-Brunswick en pourcentage du budget total. . . . .	8
Figure 2	
Prévalence des maladies chroniques chez les Néo-Brunswickois . . . . .	10
Figure 3	
Les cinq maladies chroniques les plus prévalentes au cours des trois derniers mois (% de la population de 18 ans et plus) . . . . .	11
Figure 4	
Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus observée (2005) et projetée (2031)	12
Figure 5	
Modèle élargi de soins aux malades chroniques . . . . .	13
Figure 6	
Survol des services communautaires offerts par les RRS et des effectifs des fournisseurs de soins de santé. . . . .	21
Figure 7	
Nombre d'omnipraticiens par zone et lieu d'exercice . . . . .	26
Figure 8	
Profil des omnipraticiens exerçant en cabinet en fonction de la population desservie	27
Figure 9	
Profil d'utilisation des services des médecins de famille par zone et population desservie . . . . .	29
Figure 10	
Tableau comparatif des patients ayant obtenu des soins dans un cabinet de médecin ou une clinique ouverte après les heures normales . . . . .	30
Figure 11	
Accès aux soins de santé primaires dans des cabinets par groupes d'âge . . . . .	32
Figure 12	
Accès aux soins de santé primaires dans des cliniques ouvertes après les heures normales par groupes d'âge. . . . .	34
Figure 13	
Estimation de la population de patients orphelins . . . . .	37

Figure 14	
Taux de visites dans les salles d'urgence par zone . . . . .	38
Figure 15	
Profil de la clientèle et des visites de CSC. . . . .	40
Figure 16	
Appels reçus à Télé-Soins par type de service résultant . . . . .	41
Figure 17	
Milieux d'exercice des infirmières praticiennes en 2007–2008 . . . . .	42
Graphique	
Partage de données et le documents . . . . .	59
Figure 18	
Valeur et avantages des technologies d'information sur la santé . . . . .	60
Figure 19	
Facteurs de risque évitables . . . . .	65

## Annexes

Annexe 1 : Attributions du Comité consultatif sur les soins de santé primaires . . .	73
Annexe 2 : Liste des membres du Comité consultatif sur les soins de santé primaires	75

## Sigles et acronymes

CCSSP	Comité consultatif sur les soins de santé primaires
CED	Centre d'enseignement du diabète
Clinique AHN	Clinique ouverte après les heures normales
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CSC	Centre de santé communautaire
CSMC	Centre de santé mentale communautaire
DME	Dossier médical électronique
DSE	Dossier de santé électronique
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
FASSP	Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires

Guichet médical (medical home) — établissement de santé centré sur les patients qui présente les caractéristiques suivantes : 1) les patients ont un médecin de famille personnel qui dispense et dirige leurs soins médicaux; 2) les soins s'adressent à l'entité globale du patient; 3) les soins sont coordonnés, continus et complets, les patients ayant accès à une équipe interprofessionnelle; 4) l'accès aux rendez-vous est accru; 5) la pratique comprend une technologie de l'information bien soutenue, dont des dossiers médicaux électroniques; 6) la rémunération soutient le modèle de soins; 7) l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients sont les principaux objectifs; 8) le guichet est l'axe central de la prestation et de la coordination des services médicaux dont a besoin chacun de ses patients.<sup>1</sup>

ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IP	Infirmière praticienne
MF	Médecin de famille (omnipraticien)
MS	Ministère de la Santé
MSMC	Modèle de soins aux malades chroniques
ONG	Organisme non gouvernemental
PEM	Programme extramural
RRS	Régie régionale de la santé
SIG	Système d'information de gestion
SIH	Système d'information hospitalière
SPSC	Système de prestation de services aux clients
SSP	Soins de santé primaires
UPUD	Un patient, un dossier

---

1. Collège des médecins de famille du Canada (octobre 2009), Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada : Concept du Medical Home (document de travail), [http://www.cfpc.ca/local/files/CME/FMF\\_2009/news/Medical%20Home%20paper%20FINAL%20FRENCH%20\(Oct%202029\).pdf](http://www.cfpc.ca/local/files/CME/FMF_2009/news/Medical%20Home%20paper%20FINAL%20FRENCH%20(Oct%202029).pdf)

## Résumé

Au cours des dix dernières années, les gouvernements fédéral et provinciaux du Canada ont consacré beaucoup de ressources à l'étude des moyens de renouveler et de réorienter la prestation des services de santé afin d'assurer la durabilité et l'efficacité du système. Malgré les investissements nationaux en la matière, nous devons relever d'importants défis liés à la dégradation de l'état de santé de notre population, à l'escalade des budgets et à la question de l'accès aux soins en temps opportun.

Le recours aux soins de santé primaires (SSP) en tant que composante principale pour la gestion de l'escalade des coûts des soins de santé a été mentionné pour la première fois en 1974 dans le **rapport Lalonde**<sup>2</sup>, intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Près de trente ans plus tard, le rapport Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada faisait des recommandations similaires. Le gouvernement provincial reconnaît que des mesures décisives doivent être prises puisque notre système de santé devra relever des défis de taille au cours des prochaines décennies. Nous devons avoir un système de santé novateur et efficace afin de pouvoir offrir des services de santé clinique durables.

Les maladies chroniques sont désormais l'inducteur de coûts le plus important dans le système de santé. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, cycle 3.1), 72 pour cent des Néo-Brunswickois âgés de 18 ans et plus affirment avoir une condition chronique. De ce pourcentage, 38 pour cent affirment vivre avec l'une des maladies décrites par le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé.<sup>3</sup> Le tiers des Canadiens ont déclaré souffrir d'au moins une des sept grandes maladies chroniques physiques ou mentales.<sup>4</sup> Or, ces Canadiens sont responsables de 51 pour cent des consultations avec les omnipraticiens, de 55 pour cent des consultations avec des spécialistes, de 67 pour cent des consultations avec une infirmière et de 72 pour cent des nuits passées à l'hôpital.<sup>5</sup>

Au Nouveau-Brunswick, le ministre de la Santé a créé un groupe de travail appelé le Comité consultatif sur les soins de santé primaires (CCSSP), formé d'intervenants clés et chargé de mettre au point et en œuvre de nouvelles façons d'accéder aux soins « de première ligne » et d'assurer la prestation de services de santé primaires.

---

2. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-fra.php>

3. Communication interne de M. John Boyne, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

4. Ibid., p. 17.

5. Conseil canadien de la santé (2007), Portraits démographiques des maladies chroniques au Canada, un supplément au document Importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques, Toronto, p. 16, [www.Healthcouncilcanada.ca](http://www.Healthcouncilcanada.ca).

**Les soins de santé primaires sont :** habituellement les premiers soins vers lesquels les gens se tournent lorsqu'ils sont aux prises avec des problèmes de santé. Ces soins sont souvent dispensés par un omnipraticien ou un médecin de famille (MF). Les soins de santé primaires comprennent habituellement les soins de routine, les soins pour des problèmes de santé urgents, mais mineurs ou communs, les soins de santé mentale, les soins dispensés aux mères et aux enfants, les services psychosociaux, la liaison avec les services à domicile, la promotion de la santé et la prévention des maladies, les services de consultation en nutrition et les soins en fin de vie. Ces soins constituent également un important outil de prévention et de gestion des maladies chroniques et peuvent faire appel à d'autres professionnels de la santé que les médecins, comme les infirmières, les infirmières praticiennes (IP), les diététistes, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux.<sup>6</sup>

Fondés sur la stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires, les quatre « piliers », les éléments fondateurs d'une compréhension conceptuelle de ces soins, sont : l'accès, le travail en équipe, les renseignements opportuns et le mode de vie sain.<sup>7</sup> Le CCSSP a examiné et analysé des questions liées à chacun de ces piliers, et tentant de cerner les lacunes et les possibilités d'améliorations susceptibles de renforcer le réseau de soins de santé primaires.

L'accès est une préoccupation majeure pour les Néo-Brunswickois. Quand il est adéquat et abordable, il devient la pierre angulaire d'un système de service de soins de santé primaires efficace et durable. Les médecins de famille sont depuis longtemps responsables de la prestation des soins primaires. On a employé des chiffres de 2007 des services de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick pour établir le profil de l'accès aux soins de santé primaires. Cette démarche a démontré que l'analyse secondaire d'une base de données administratives pourrait générer de l'information de suivi susceptible d'être fort utile pour comprendre les modes d'utilisation du système de santé. En général, ce sont les jeunes familles qui ont plus de difficulté à obtenir ce type de soins. Les cliniques ouvertes après les heures normales (AHN) semblent cependant combler un besoin important auprès de ces familles en leur donnant accès les soirs et les fins de semaine. De leur côté, la plupart des aînés disposent d'un médecin de famille qui, pour gérer leurs maladies chroniques concomitantes, exige des visites plus fréquentes. La province a par ailleurs été l'une des premières à adopter de nouvelles technologies et s'est dotée d'un système de Télé-Soins intégré qui semble être une ressource importante pour

---

6. Institut canadien d'information sur la santé (juillet 2009), Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_fr.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_fr.pdf)

7. Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada (2009), Une stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires, [http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet\\_F/0034?OpenDocument](http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet_F/0034?OpenDocument)

les mères de jeunes enfants. La combinaison de médecin de famille et de principal lieu d'exercice apparaît comme un facteur influent au chapitre de l'accès.

En matière de soins de santé primaires, on met davantage l'accent sur les ressources communautaires que sur les hôpitaux; c'est le médecin de famille qui assure le continuum des soins primaires, de même que les liaisons entre la collectivité et l'hôpital. Toutefois, les patients gagneraient à avoir un meilleur accès aux services de dépistage, de promotion de la santé et de soutien à l'autogestion.

Il existe de nombreux exemples d'équipes de soins officielles ou officieuses au Nouveau-Brunswick. Dans quelques collectivités, les médecins de famille ont notamment tissé des liens informels de soutien avec d'autres fournisseurs de services au sein du réseau hospitalier ou du secteur privé. S'il demeure utile, ce soutien s'exprime principalement sous forme d'aiguillages qui traduisent une approche plus parallèle qu'intégrée. En 2007, la province disposait en outre d'un réseau exhaustif de points d'accès à l'échelle locale dotés d'équipes multidisciplinaires de soins de santé primaires. Elle comptait en effet huit centres de santé communautaires (CSC), 14 centres de santé mentale communautaires (CSMC) et leurs cliniques satellites, 20 centres de santé, 26 bureaux extramuraux, 10 bureaux de santé publique, un centre d'exercice de la profession en collaboration, de même que 15 centres de santé pour les Premières nations financés par le gouvernement fédéral. La vaste majorité des médecins de famille ne travaillaient cependant pas au sein d'une équipe officiellement établie.

Le Nouveau-Brunswick doit créer des réseaux d'équipes de soins de santé primaires, tout en élaborant des modèles de prestation novateurs qui feront en sorte que tous les citoyens aient accès à un médecin de famille soutenu par une équipe interdisciplinaire. Les omnipraticiens du secteur privé ont en effet affirmé qu'une collaboration avec un groupe de professionnels de la santé complémentaires serait avantageuse tant pour les patients que pour le système de santé dans son ensemble.

Actuellement, les fournisseurs des soins de santé primaires fondent la prestation de leurs services sur une variété de sources d'information. Si diverses portes permettent aux patients d'accéder au système de santé, la communication ou l'échange de données entre points de services se révèle être un problème courant. Il n'existe en outre aucun organisme central responsable de ces systèmes d'information. Les problèmes liés à l'obtention d'information sur les patients dans des registres électroniques sans interface et ne partageant ni un ensemble commun ni une définition normalisée des données apparaissent évidents. Le fait que les dossiers de patient puissent exister à plusieurs endroits n'ayant aucun lien les uns avec les autres et n'offrant pas de portail commun illustre bien les défis qu'il faut relever pour

gérer les soins dans un environnement électronique. Ces problèmes sont par ailleurs exacerbés par la coexistence de dossiers papier.

Il paraît évident qu'il faudra mettre au point des processus efficaces et efficients pour la communication de renseignements entre tous les intervenants et établir des processus de tenue de documents aptes à créer des dossiers de santé cumulatifs. Aux fins de planification et d'amélioration continue, on devra aussi pouvoir compter sur des renseignements valides et fiables à l'égard des mécanismes de prestation. Il importe en effet de pouvoir accéder à des données crédibles en temps opportun pour offrir des soins efficaces et permettre aux fournisseurs de collaborer entre eux.

En 2006, la Province a lancé une première stratégie dans le but d'établir de meilleurs liens et de promouvoir le mieux-être de la population. Le programme quadriennal amélioré *Vivre bien, être bien : la stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick, 2009–2013* se fonde sur cette première démarche. On entend ainsi accélérer les progrès réalisés au chapitre de la santé dans les écoles, les collectivités, les foyers et les milieux de travail. Cette nouvelle stratégie fixe les objectifs généraux pour tous les Néo-Brunswickois : améliorer la santé psychologique et la résilience, accroître les niveaux d'activité physique, augmenter le pourcentage de la population qui s'alimente bien et accroître le taux de population qui vit sans tabac. Le gouvernement provincial a sensibilisé les gens aux causes de ces diverses lacunes en appuyant les initiatives sur les modes de vie sains dans les collectivités et en mettant en œuvre des programmes ayant des répercussions favorables sur le développement des jeunes enfants, le vieillissement en santé, l'éducation et le mieux-être.

Le mieux-être des Néo-Brunswickois est influencé par les interactions entre des facteurs socio-économiques, le milieu physique et les comportements individuels. L'amélioration continue de la santé de la population nécessite qu'on collabore à une approche ciblée. Les initiatives en ce sens se veulent pluridimensionnelles, en s'attaquant aux causes profondes des divers problèmes, en tenant compte des vulnérabilités de sous-populations données, ainsi qu'en misant sur la coopération, l'engagement et les partenariats communautaires dans un vaste éventail de secteurs. On considère en outre que le leadership et la participation aux échelles locale, régionale et provinciale sont des ingrédients essentiels au mieux-être collectif. Tous peuvent jouer un rôle actif en contribuant à l'amélioration de la santé dans les foyers, les collectivités, les écoles et les milieux de travail de la province.

Le CCSSP a examiné avec soin les composantes de base susceptibles de soutenir et de revitaliser le système de soins de santé primaires. Les recommandations subséquentes sont relativement simples, tout en orientant la province dans la bonne direction et en la dotant de toute la souplesse voulue pour effectuer des ajustements en cours de route. La stratégie globale en ce sens est soutenue par 12 actions.

**Tous les Néo-Brunswickois doivent avoir accès à une équipe de médecine familiale, qui pourra leur fournir des soins de santé primaires personnalisés, exhaustifs et coordonnés.**

1. Faire en sorte que tous les Néo-Brunswickois aient accès à un médecin de famille.
2. Mettre sur pied des équipes de médecine familiale dotées au minimum d'un médecin de famille, d'une infirmière ou d'une infirmière praticienne et d'un personnel de soutien administratif appelés à constituer un « guichet médical » pour leur population de patients inscrits.
3. Mettre au point des méthodologies et des infrastructures pour fournir aux équipes de médecine familiale des renseignements de base sur les besoins en matière de soins (groupe témoin en matière d'exercice), de même que sur les données de référence et les jalons relatifs à la santé de la collectivité dans son ensemble.
4. Créer un modèle de dotation susceptible de permettre l'expansion des équipes de médecine familiale par l'ajout de professionnels de la santé complémentaires de manière à optimiser la prestation des services à la population de patients desservis par le « guichet médical ».
5. Explorer d'autres modèles de paye et de rémunération de façon à attirer et à conserver des professionnels compétents au sein des équipes de médecine familiale.
6. Créer des modèles de financement aptes à favoriser l'adoption de dossiers médicaux électroniques (DME) qui répondront aux besoins en matière d'information des équipes de médecine familiale.
7. Mettre sur pied un programme de formation continue interprofessionnelle à l'échelle provinciale qui permettra aux équipes de médecine familiale de développer les compétences cognitives, comportementales et attitudinales requises pour fonctionner de façon optimale au sein de contextes de collaboration.
8. Faire en sorte que les lieux d'exercice des équipes de médecine familiale procurent des occasions de stages cliniques interprofessionnels.

9. **Perpétuer et étendre les modèles de financement aptes à favoriser l'adoption de technologies de « télésanté » qui permettraient aux patients de recevoir le plus large éventail de soins possible depuis leur « guichet médical ».**
10. **Mettre au point des mécanismes visant à faire en sorte que les « dirigeants communautaires » et les « équipes de médecine familiale » se rencontrent régulièrement et collaborent sur des questions qui touchent la santé de la population.**
11. **Élaborer des plans directeurs et d'action qui orienteront le déploiement des équipes de médecine familiale partout dans la province, en décrivant notamment les processus de gouvernance, de responsabilisation et de reddition de comptes liant les « guichets médicaux », les régies régionales de la santé (RRS) et le ministère de la Santé (MS).**
12. **Promouvoir sur les plans financiers et autres la prévention en première ligne des maladies et des blessures, les modes de vie sains et la qualité des milieux résidentiels, communautaires, scolaires et professionnels.**

Le CCSSP estime que le grand objectif appuyé par ces 12 actions stratégiques servira de fondement stable et durable pour la transformation positive des méthodes de prestation des services de soins de santé primaires.



# SECTION 1

## INTRODUCTION

### Contexte

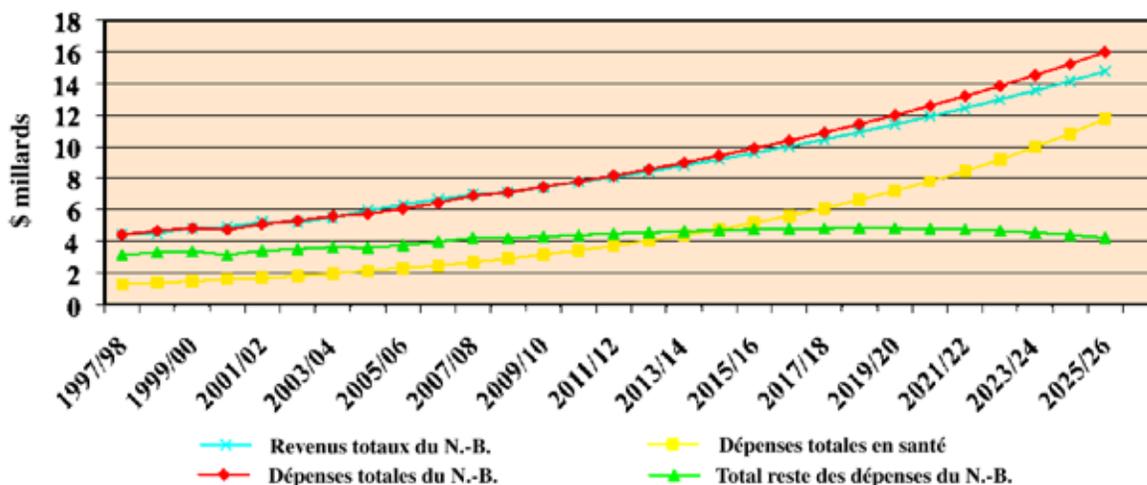
Au cours des dix dernières années, les gouvernements fédéral et provinciaux du Canada ont consacré beaucoup de ressources à l'étude des moyens de renouveler et de réorienter la prestation des services de soins de santé primaires afin d'assurer la durabilité et l'efficacité du système de santé canadien. L'une des pierres angulaires de ce dernier est l'accès aux services médicaux et hospitaliers. Notre système d'Assurance-maladie est en effet reconnu à l'échelle mondiale. Malgré les investissements en la matière, nous devons relever d'importants défis liés à la dégradation de l'état de santé de notre population, à l'escalade des coûts et à la question de l'accès aux soins en temps opportun. Le dialogue national que nous avons entamé a porté sur la situation actuelle, sur la situation visée et sur les moyens qu'il faudra prendre pour y arriver. Ce dialogue a engagé la participation de tous les intervenants. On a senti une volonté d'aller au-delà de la rhétorique en élaborant des plans d'action concrets et en fixant des objectifs mesurables. L'accent qu'on a mis à ce jour sur la médecine « réparatrice » a engendré d'incroyables progrès en matière de diagnostics et de traitements, mais a aussi consommé la majorité des ressources affectées au secteur des soins. Le Nouveau-Brunswick a intégré des infirmières praticiennes et 79 nouveaux médecins de famille dans son système de santé. On a aussi créé des écoles de médecine française et anglaise, des places supplémentaires de premier cycle en soins infirmiers, ainsi que des programmes de formation d'infirmières praticiennes et d'infirmières auxiliaires autorisées. Or, malgré ces investissements significatifs, les patients continuent d'exprimer leur difficulté à accéder aux soins de santé primaires; l'état de santé de la population continue de se détériorer et on n'a connu que très peu de développements en ce qui concerne la refonte du système en fonction de la prévention et de la gestion des maladies chroniques ou incurables.

### **Le système de soins de santé primaires du Nouveau-Brunswick fait face à :**

- un impératif en matière de ressources humaines, puisque nous devons relever le défi provoqué par les compressions budgétaires des années 1990 dans la formation en soins de santé, comme en médecine et en sciences infirmières, et par le vieillissement de la main-d'œuvre;

- un impératif financier, puisqu'on estime que le taux de croissance des dépenses pour les soins de santé dépassera 50 pour cent de celles de la province d'ici 2014–2015 (figure 1);
- un impératif moral, puisque la santé de notre population continue de se dégrader, principalement en raison de l'environnement social et des modes de vie.<sup>8</sup>

**Figure 1 : Budget de santé du Nouveau-Brunswick en pourcentage du budget total<sup>9</sup>**



Les maladies chroniques dominent le paysage, puisqu'elles sont les plus grandes génératrices de coûts au sein du système de soins de santé.<sup>10</sup> Ces maladies sont persistantes, sont liées à des facteurs de risques, ont des répercussions sur la vie quotidienne et exigent une gestion de la condition au fil du temps. En 2007, le Conseil en matière de qualité<sup>11</sup> de la santé a publié une série de rapports sur les structures et la prévalence de la santé et de l'utilisation des soins par les Canadiens souffrant de certaines maladies chroniques en se servant de données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC). Celle-ci a cumulé de l'information sur la population dans son ensemble par l'entremise de sondages d'auto-évaluation portant sur les déterminants de la santé, l'état de santé et l'utilisation du système de soins. Ces sondages sont le fruit d'efforts conjoints de Santé Canada, de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).<sup>12</sup>

8. Le Conference Board du Canada (septembre 2009), How Canada performs — Health, <http://www.conferenceboard.ca/HCP/Details/Health.aspx#score> (site consulté le 2 mars 2010)

9. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (2009), communication personnelle des Services financiers.

10. Rapport interne du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (2006), Stratégie globale de gestion des maladies chroniques au Nouveau-Brunswick.

11. Conseil canadien de la santé (2007), L'importance de renouveler les soins de santé : apprendre de l'expérience de Canadiens souffrant de maladies chroniques, Conseil de la santé, Toronto. [www.healthcouncil-canada.ca](http://www.healthcouncil-canada.ca)

12. Santé Canada (2007), <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/index-fra.php>

Le tiers des Canadiens ont déclaré souffrir d'au moins une des sept grandes maladies chroniques physiques ou mentales.<sup>13</sup> Or, ces Canadiens sont responsables de 51 pour cent des consultations avec les omnipraticiens, de 55 pour cent des consultations avec des spécialistes, de 67 pour cent des consultations avec une infirmière et de 72 pour cent des nuits passées à l'hôpital.<sup>14</sup> Bon nombre de Canadiens ont de plus affirmé avoir de la difficulté à obtenir un rendez-vous en temps opportun avec leur médecin de famille et, par conséquent, dépendent beaucoup des salles d'urgence des hôpitaux pour combler leurs besoins en soins de santé primaires. Par ailleurs, ils ont rarement accès à une équipe de soins de santé, et ce, malgré le fait que l'importance de ces dernières ait été bien documentée.<sup>15</sup>

Soixante-douze pour cent des Néo-Brunswickois âgés de 18 ans et plus affirment avoir une maladie chronique. Du côté des jeunes de 12 à 17 ans, ce sont 58 pour cent qui déclarent souffrir d'une telle maladie, en citant le plus souvent les allergies, l'asthme et les problèmes de dos. Les quelque 74 pour cent d'adultes de 18 ans ou plus souffrant d'une maladie chronique citent pour leur part l'arthrite, l'hypertension artérielle et l'asthme. Bien qu'on les reconnaisse peu, les maladies mentales exercent des contraintes significatives sur le système de soins de santé primaires. Au Nouveau-Brunswick, seulement 11,6 pour cent des gens affirment en effet vivre avec un trouble de l'humeur ou anxieux, comme la dépression ou une psychose maniacodépressive.<sup>16</sup> Lors d'un examen récent de cabinets de soins de santé primaires choisis à Miramichi, les maladies mentales ont toutefois été nommées comme étant parmi les raisons les plus courantes de consulter.<sup>17</sup>

La figure 2 montre la répartition par zone de la prévalence de maladies chroniques concomitantes. Or, le fait de souffrir de plusieurs maladies est lié à une utilisation accrue des services de soins. Un rapport de 2007 publié par le Conseil canadien de la santé et intitulé *Importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques* décrit les résultats d'une étude de sept maladies chroniques à forte incidence et forte prévalence qui ont une influence déterminante sur le recours aux soins.

- Les quelque 68 pour cent de personnes ne souffrant d'aucune de ces maladies comptent pour 28 pour cent des nuits passées à l'hôpital.

13. Ibid., p. 17.

14. Conseil canadien de la santé (2007), Portraits démographiques des maladies chroniques au Canada, un supplément au document *Importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques*, Toronto, p. 16, [www.healthcouncilcanada.ca](http://www.healthcouncilcanada.ca).

15. A. Shih, K. Davis, S. Schoenbaum, A. Gauthier, R. Nuzum et D. McCarthy, *Organizing the U.S. Health Care Delivery System for High Performance*, The Commonwealth Fund, août 2008, <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2008/Aug/Organizing-the-U-S--Health-Care-Delivery-System-for-High-Performance.asp>.

16. Communication personnelle de Mme R. Tervo, ministère de la Santé, Statistique Canada, ESCC, cycle 4.1, 2007-2008.

17. Communication personnelle de Mme Bronwyn Davies (novembre 2009), directrice des Soins de santé primaires, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

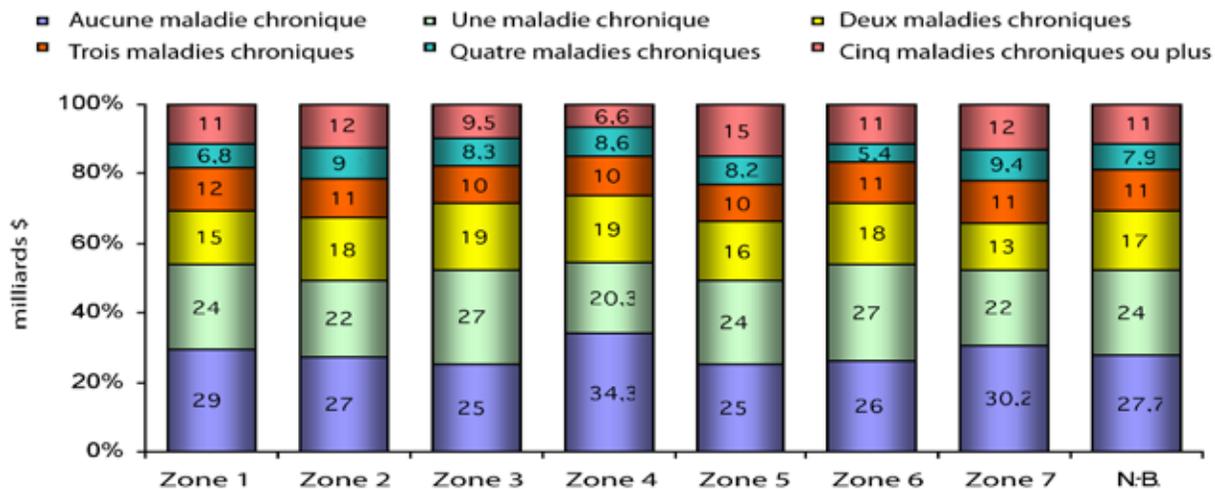
- Les quelque 21 pour cent de personnes souffrant d'une de ces maladies comptent pour 28 pour cent des nuits passées à l'hôpital.
- Les quelque 12 pour cent de personnes souffrant de deux ou plusieurs de ces maladies comptent pour 44 pour cent des nuits passées à l'hôpital.<sup>18</sup>

Bref, la plupart des séjours en hôpitaux sont effectués par des personnes souffrant de maladies chroniques, et celles qui en présentent deux et plus en sont les plus grandes utilisatrices.

Le pourcentage élevé de Néo-Brunswickois atteints de maladies chroniques concomitantes suggère qu'il faudra étendre l'accès aux soins de santé au fil du temps.

**Figure 2 : Prévalence des maladies chroniques chez les Néo-Brunswickois**

(Statistique Canada, ESCC, cycle 3.1, 2005)



La prochaine figure illustre les données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes sur les cinq maladies chroniques les plus souvent citées par le groupe des 18 ans et plus au Nouveau-Brunswick. En juillet 2009, l'ICIS a par ailleurs indiqué que la province affichait le taux le plus élevé au Canada en ce qui a trait au nombre de personnes souffrant d'une ou de plusieurs de quatre maladies à l'étude (diabète, cardiopathies, hypertension, accidents vasculaires cérébraux)<sup>19</sup>.

18. Conseil canadien de la santé (2007), Portraits démographiques des maladies chroniques au Canada, un supplément au document Importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques, Toronto, p. 12.

19. Statistique Canada, ICIS (juillet 2009), *Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada*, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_fr.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_fr.pdf)

**Figure 3 : Les cinq maladies chroniques les plus prévalentes au cours des trois derniers mois (% de la population de 18 ans et plus)**

	Arthrite/ Rhumatisme	Hypertension	Asthme	Cardiopathie	Diabète
<b>Zone 1</b>	19,7 %	19,9 %	6,9 %	8,1 %	7,2 %
<b>Zone 2</b>	28,3 %	23,8 %	9,6 %	6,8 %	6,3 %
<b>Zone 3</b>	20,4 %	20,2 %	7,1 %	6,6 %	5,6 %
<b>Zone 4</b>	19,4 %	19,4 %	6,5 %	6,0 %	6,5 %
<b>Zone 5</b>	27,9 %	28,8 %	7,0 %	10,7 %	5,7 %
<b>Zone 6</b>	19,9 %	21,6 %	8,7 %	7,1 %	7,0 %
<b>Zone 7</b>	20,7 %	24,4 %	10,4 %	9,6 %	9,7 %
<b>N.-B.</b>	22,2 %	21,7 %	8,0 %	7,4 %	6,7 %

Source : Statistique Canada, ESCC, cycle 3.1, 2005.

Les changements démographiques viendront ajouter des défis supplémentaires en matière de soins de santé primaires. En effet, plus la population sera âgée, plus l'incidence de maladies chroniques augmentera. Statistique Canada prévoit qu'on comptera deux fois plus de personnes âgées d'ici 2026, et ce, quels que soient les taux d'immigration dans la province.<sup>20</sup> L'organisme a élaboré six scénarios de projection des changements démographiques en considérant la migration, l'immigration, ainsi que les taux de naissance et de décès. Quelles que soient ces considérations, il apparaît évident que le Nouveau-Brunswick devrait se retrouver avec le double de personnes âgées d'ici 20 ans. La prévalence accrue des maladies chroniques associées au vieillissement sera en outre exacerbée par diverses formes de démence, lesquelles devraient augmenter simplement à cause du fait que les gens vivent plus longtemps.

20. Statistique Canada (2005), Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2005–2031, no de catalogue 91-520-XIE <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/00105/4167814-fra.htm>

**Figure 4 : Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus observée (2005) et projetée (2031) selon six scénarios, Canada, provinces et territoires**

	2005	Scénario (2031)					
		1	2	3	4	5	6
		en pourcentage					
Canada	13.1	24.4	23.4	23.4	23.4	23.4	22.5
Terre-Neuve-et-Labrador	13.1	29.7	30.3	29.5	28.8	32.8	29.0
Île-du-Prince-Édouard	14.1	27.2	26.5	26.4	26.2	26.6	25.8
Nouvelle-Écosse	14.2	28.6	28.6	28.1	27.8	28.4	27.5
Nouveau-Brunswick	13.9	28.9	29.1	28.6	28.2	28.8	28.1
Québec	13.8	26.4	25.4	25.3	25.3	25.7	24.5
Ontario	12.8	23.2	21.8	22.1	22.4	21.9	21.1
Manitoba	13.5	22.7	21.5	21.7	22.1	21.5	21.0
Saskatchewan	14.8	25.4	24.8	25.0	25.2	23.4	24.3
Alberta	10.5	22.0	20.8	21.4	22.1	20.6	20.7
Colombie-Britannique	13.8	25.4	25.4	24.1	22.8	25.3	23.0
Yukon	6.9	20.9	24.1	19.8	16.5	23.0	18.6
Territoires-du-Nord-Ouest	4.7	16.0	16.4	15.2	13.9	16.6	14.1
Nunavut	2.6	6.0	4.7	5.7	6.9	6.3	5.3

Source : Statistique Canada, <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/00105/4167814-fra.htm>

À la fin des années 90, la Robert Wood Foundation a financé les travaux du chercheur E. Wagner qui voulait explorer et évaluer la mise au point d'un cadre systémique efficace axé sur un volet clinique qui favoriserait les soins aux personnes atteintes de maladies chroniques. Ces travaux ont mené à l'élaboration du Modèle de soins aux malades chroniques (MSMC), qui intègre diverses composantes pour améliorer la gestion de ces derniers<sup>21</sup>. Depuis 2000, ce modèle a été utilisé à grande échelle, et ses résultats ont été étudiés. On a notamment observé que :

- les personnes souffrant de diabète ont vu leurs risques cardiovasculaires diminuer de façon appréciable;
- les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque congestive étaient mieux informées, suivaient mieux leurs traitements et passaient 35 pour cent moins de jours à l'hôpital;
- les personnes souffrant d'asthme et de diabète étaient davantage susceptibles de recevoir le traitement approprié.

21. <http://www.improvingchroniccare.org/change/index.html>

**Figure 5 : Modèle élargi de soins aux malades chroniques**



**Créé par: Victoria Barr, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts & Darlene Ravonadale (2002).** Adapté de Glasgow, R., Orleans, C., Wagner, E., Curry, S., Solberg, L. (2001). Le Soins Chronique Modèle-t-il aussi sert d'un gabarit pour améliorer d'empêchement? The Milbank Quarterly. 79(4), L'Organisation mondiale de Santé, Canada de Santé et Bien-être et l'Association de Santé Publique canadienne. (1986). La Charte d'Ottawa de Promotion de Santé.

Le modèle incorpore les éléments de base requis pour optimiser les soins de santé primaires aux niveaux tant des collectivités, que des services, des cabinets et des patients. Il procure un gabarit synergique pour l'amélioration de la qualité de la prestation de ces soins. Le Nouveau-Brunswick a adopté un cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques qui offre une description détaillée de ce modèle.

Le recours aux soins de santé primaires en tant que stratégie principale pour la gestion de l'escalade des coûts des soins de santé a été mentionné pour la première fois en 1974 dans le **rapport Lalonde**<sup>22</sup>, intitulé Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Près de trente ans plus tard, le rapport Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada intitulé Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada faisait des recommandations similaires :

22. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-fra.php>

*Les bons services de santé de première ligne reposent sur le travail d'équipe interdisciplinaire et des soins disponibles pour tous, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Les services de santé de première ligne sont actuellement déséquilibrés au Canada et sont concentrés sur la pratique enchâssée de travailleurs qui ont des compétences spécialisées particulières que l'on charge de guérir des gens malades. On n'insiste pas suffisamment sur des efforts plus généraux de prévention des maladies et des blessures, mais qui visent à garder la population en général en meilleure santé.<sup>23</sup>*

En février 2009, le juge M. McKee a publié son rapport intitulé *Vers l'avenir, ensemble : Un système transformé de santé mentale pour le Nouveau-Brunswick*. On pouvait y lire que :

*nous devons pouvoir compter en tout temps sur un système qui reconnaît le besoin d'aide et intervient de façon appropriée dès les premières indications d'un problème, évitant ainsi des problèmes subséquents, qui appuie et favorise le rétablissement continu et qui optimise le mieux-être.<sup>24</sup>*

Ces rapports et ces stratégies témoignent de la détermination à renouveler le système de soins de santé primaires afin d'obtenir un système de santé durable. Le gouvernement provincial reconnaît que des mesures décisives doivent être prises puisque notre système de santé devra relever des défis de taille au cours des prochaines décennies. Nous devons avoir un système de santé novateur et efficace afin de pouvoir offrir des services de santé cliniques durables. Nous devons passer de l'approche consistant à « trouver et à résoudre le problème » en matière de santé à une approche visant à « prévenir, trouver et gérer le problème » afin d'assurer que les Néo-Brunswickois aient un système de soins de santé primaires accessible et durable.

Le ministre de la Santé a mis sur pied un comité de travail, connu sous le sigle CCSSP. Les intervenants qui le composent avaient reçu le mandat d'examiner le modèle actuel de prestation des soins de santé primaires et de faire des recommandations pour l'améliorer. La liste des membres actuels du CCSSP et son mandat sont présentés dans les **annexes 1 et 2**.

---

23. [http://www.chsrf.ca/other\\_documents/romanow/pdf/healthcare\\_f.pdf](http://www.chsrf.ca/other_documents/romanow/pdf/healthcare_f.pdf)

24. Juge M. McKee (février 2009), *Vers l'avenir, ensemble : Un système transformé de santé mentale pour le Nouveau-Brunswick*, rapport interne du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

Le CCSSP a discuté en profondeur avec des experts dans des domaines comme la gestion des maladies chroniques, l'informatique et les différents modèles de soins de santé. Leurs travaux s'inscrivent dans le *Plan provincial de la santé 2008-2012*, dans lequel le gouvernement provincial s'engageait :

*à bâtir un système provincial unique bien intégré, à mieux utiliser ses ressources rares, à moderniser nos structures organisationnelles et à accorder plus d'importance aux programmes et aux services qui aideront les gens à demeurer en santé et à mieux gérer leurs affections chroniques<sup>25</sup>.*

Le présent document reflète les travaux effectués par le Comité jusqu'à maintenant. Le CCSSP a fondé ses délibérations sur les hypothèses suivantes :

- il est essentiel d'améliorer la santé de la population du Nouveau-Brunswick pour assurer un avenir prospère, productif et sain à la province;<sup>26</sup>
- pour transformer les soins de santé primaires, il faudra faire des changements novateurs dans les structures, ce qui comprend l'adoption de nouvelles technologies;
- pour transformer les soins de santé primaires, il faudra apprendre comment procéder différemment, moderniser les structures organisationnelles, travailler en collaboration avec tous les intervenants, y compris les patients, en ce qui concerne tant la prestation des services que l'orientation générale du gouvernement en matière de politique publique sur la santé;
- la transformation des soins de santé primaires touchera plus que la prestation des soins en portant également sur la promotion du mieux-être et d'un mode de vie sain, ainsi que sur les moyens d'aider les gens à demeurer en santé et à mieux gérer leurs maladies chroniques;
- le système de soins de santé primaires utilisera mieux ses maigres ressources, en misant sur les compétences et les actifs de grande qualité qui sont déjà présents;
- la transformation des soins de santé primaires sera économiquement et cliniquement viable, efficace, gratuite et accessible à tous, tout en permettant de répondre aux besoins d'une population vieillissante aux prises avec des maladies chroniques;
- les soins de santé primaires seront offerts le plus près possible de l'endroit où les Néo-Brunswickois vivent;
- le modèle de soins aux malades chroniques étendu fournit un cadre stratégique pour la création d'un modèle de prestation des soins de santé primaires intégré, synergique, efficace et efficient.

---

25. Province du Nouveau-Brunswick (2008), *Transformer le système de santé du Nouveau-Brunswick : le Plan provincial de la santé 2008–2012*, p. 3.

26. *Ibid.*, p. 2.

---

La section qui suit vise à définir les soins de santé primaires et leurs fondements en fonction des quatre piliers formulés dans la *Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires* (2005) et adoptés par le gouvernement du Nouveau-Brunswick dans son *Plan provincial de la santé 2008-2012*.

# SECTION 2

## SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

### En quoi consistent les soins de santé primaires?

**Les soins de santé primaires sont :** *habituellement les premiers soins vers lesquels les gens se tournent lorsqu'ils sont aux prises avec des problèmes de santé. Ces soins sont souvent dispensés par un omnipraticien ou un médecin de famille. Les soins de santé primaires comprennent habituellement les soins de routine, les soins pour des problèmes de santé urgents, mais mineurs ou communs, les soins de santé mentale, les soins dispensés aux mères et aux enfants, les services psychosociaux, la liaison avec les services à domicile, la promotion de la santé et la prévention des maladies, les services de consultation en nutrition et les soins en fin de vie. Ces soins constituent également un important outil de prévention et de gestion des maladies chroniques et peuvent faire appel à d'autres professionnels de la santé que les médecins, comme les infirmières, les infirmières praticiennes, les diététistes, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux.*<sup>27</sup>

Les soins de santé primaires tiennent compte des déterminants sociaux qui influencent grandement la santé et le mieux-être, y compris le revenu, le logement, l'éducation et l'environnement. Les soins eux-mêmes en constituent le volet « services », notamment au chapitre de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des blessures, ainsi que du diagnostic et du traitement de ces dernières.

### Qui offre les soins de santé primaires?

Les omnipraticiens ont toujours été la pierre angulaire de la prestation des soins de santé primaires. Un rapport du Centre de recherche Décima révèle qu'en 2004, la majorité des Canadiens (88 pour cent) estimaient qu'avoir un médecin de famille augmentait leur confiance en leur capacité d'obtenir les soins appropriés en temps opportun. Cette conclusion a été confirmée par d'autres études.<sup>28</sup> Les soins de santé primaires ont été élargis pour inclure les services communautaires offerts par toute une gamme de fournisseurs de soins de santé, y compris les infirmières, les

27. Institut canadien d'information sur la santé (juillet 2009), *Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada*, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_fr.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_fr.pdf)

28. Centre de recherche Decima (2004), *Decima express national telephone omnibus*, Toronto, cité dans le document trouvé au :

<http://www.cfpc.ca/local/files/PCWTP%20Discussion%20Paper%20v3.pdf> (en anglais seulement)

pharmaciens, les diététistes, les psychologues, les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux, les conseillers en santé mentale, etc.

Or, l'inclusion d'un vaste éventail de fournisseurs de soins sous-entend nécessairement le besoin de travailler en équipe. Les soins de santé primaires se fondent donc sur la notion de coordination interprofessionnelle et de collaboration entre les fournisseurs de soins. Il s'agit ici d'aller plus loin que le simple partage de renseignements entre intervenants :

*... en considérant les forces et les actifs des personnes et des collectivités, en répondant aux besoins cernés, en maximisant la participation communautaire, en incluant tous les secteurs intéressés en évitant toutefois le chevauchement des services (c.-à-d. en utilisant les fournisseurs de manière efficace) et en employant uniquement des technologies accessibles, acceptables, abordables et appropriées.<sup>29</sup>*

Plus récemment, la notion de soins de santé primaires a intégré une compréhension élargie de la santé de la population et des déterminants sociaux susceptibles de l'influencer (déterminants qui ont toujours été considérés du domaine public). Les fournisseurs de soins de santé primaires contribuent activement à la réalisation des objectifs en santé publique, notamment en assurant le suivi des incidents et maladies à déclaration obligatoire, en cernant des tendances et enjeux émergents, en faisant la promotion de politiques en la matière, en appuyant la création de milieux physiques et sociaux favorables à la santé, en dépistant les maladies chroniques, en effectuant les vaccinations, en encourageant les bons comportements et en participant aux interventions en cas de désastre. Aujourd'hui, les professionnels des soins de santé primaires ouvrent la porte à une participation communautaire par l'entremise d'une variété de partenariats avec, notamment, les industries, les gouvernements locaux, les organismes de services publics, les groupes confessionnels, les organismes non gouvernementaux (ONG) et d'autres parties intéressées. Ces partenariats permettent aux équipes de soins de santé primaires de mieux cerner les besoins des populations qu'elles desservent et de trouver les ressources disponibles pour améliorer leurs résultats au chapitre de la santé.

## Comment fonctionnent les soins de santé primaires?

À l'heure actuelle, les soins de santé primaires sont principalement prodigués par les médecins de famille. En juillet 2009, utilisant les données de l'ESCC de 2007, l'ICIS a indiqué que 92 pour cent des Néo-Brunswickois affirmaient en avoir un à

---

29. College of Medicine, University of Saskatchewan,

<http://www.medicine.usask.ca/research/health-research-groups/primary-health-care-research> (traduction).

leur disposition.<sup>30</sup> Ces médecins offrent des services de prévention, d'examen et de diagnostic, ainsi que de gestion des épisodes aigus et chroniques de toutes les maladies, et ce, tout en faisant la promotion du mieux-être. Le système actuel est doté en ressources en fonction des activités de diagnostic et de traitement des maladies. À titre d'exemple, le régime d'Assurance-maladie ne prévoit aucun code pour les actes de prévention, comme les examens périodiques, et ce, parce qu'ils ne sont pas explicitement assurés. Malgré cet obstacle, les médecins de famille de la province continuent d'être les fournisseurs de services les plus complets pour les particuliers et les petits groupes, et sont ceux au Canada qui ont reçu le moins de plaintes au chapitre de l'accès à des soins de routine ou courants dans des délais acceptables.<sup>31, 32</sup>

## Où en est la réforme des soins de santé primaires?

Tant le rapport Romanow<sup>33</sup> qu'un autre document intitulé *Renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement* du Conseil canadien de la santé<sup>34</sup> soulignent l'importance de réorganiser le fonctionnement des soins de santé primaires.

Les facteurs préoccupants sont les suivants :

- le manque de continuité — les fournisseurs et les établissements de soins semblent souvent travailler isolément les uns des autres;
- les inquiétudes des fournisseurs au sujet de leurs conditions de travail, y compris les longues heures et les répercussions de ces dernières sur leur propre santé et sur leur vie de famille;
- le manque relatif d'importance qu'on accorde à la promotion de la santé et à la prévention, qui pourrait entraîner les taux élevés de maladies qui semblent être évitables;
- les problèmes liés à l'accès, particulièrement dans les régions rurales et éloignées, mais également dans les centres urbains, où le peu de disponibilité des fournisseurs de services après les heures normales de travail entraîne souvent le recours aux salles d'urgence pour l'obtention de soins non urgents;<sup>35</sup>

---

30. Institut canadien d'information sur la santé (juillet 2009), *Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada*, p. 6, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_fr.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_fr.pdf)

31. Association médicale canadienne (2001), *Sondage national auprès des médecins de famille* (Sondage Janus)

32. Institut canadien d'information sur la santé (juillet 2009), *Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada*, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_fr.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_fr.pdf)

33. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/romanow-fra.php>

34. [http://healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2005/Accelerer\\_le\\_changement\\_CCS\\_2005.pdf](http://healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2005/Accelerer_le_changement_CCS_2005.pdf)

35. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-afra.php>

- l'incapacité pour les Canadiens d'accéder à des équipes de soins de santé primaires composées de professionnels qui travaillent ensemble pour combler les besoins des patients 24 heures par jour, sept jours par semaine, en se fondant sur des renseignements complets en matière de santé.

Ces problèmes ont été confirmés dans des rapports subséquents.

De 2000 à 2006, le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP)<sup>36</sup> établi à l'échelle nationale a financé bon nombre de projets au Nouveau-Brunswick comme partout ailleurs au Canada. La province a notamment adopté le modèle des centres de santé communautaires (CSC), dont les principales caractéristiques sont les suivantes :

- la création d'équipes de soins de santé primaires responsables d'offrir des services complets à leurs patients (y compris la coordination avec les autres niveaux de soins);
- l'amélioration des lignes téléphoniques d'info-conseil pour offrir des services de premier contact à toute heure du jour ou de la nuit;
- l'amélioration de la gestion des maladies chroniques;
- une plus grande importance accordée à la promotion de la santé et à la prévention des blessures et des maladies;
- la participation volontaire des fournisseurs de soins comme des patients;
- le développement de capacités d'évaluation, afin de pouvoir surveiller le rendement du système;
- un accent explicite mis sur les activités de gestion du changement afin d'appuyer tous les points susmentionnés.

Nous avons ainsi une occasion unique de profiter des leçons apprises et de miser sur des outils élaborés au Nouveau-Brunswick ou ailleurs pour faciliter la création d'équipes et la réforme des soins de santé primaires.

Il importe de noter que la province dispose d'un réseau exhaustif de points d'accès à l'échelle communautaire; en plus de ses centres de santé communautaires, elle compte des centres de santé mentale communautaires et leurs cliniques satellites, des centres de santé, des centres d'exercice de la profession en collaboration comptant des infirmières praticiennes, de même que des cabinets extramuraux. Bon nombre de ces établissements affichent des pratiques exemplaires en matière de prestation de soins de santé primaires. Le tableau ci-dessous montre les effectifs de chacun de ces sites. Il faut cependant se rappeler que tous les établissements de même type ne présentent pas le même modèle de dotation. Au moment de la

---

36. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/index-fra.php>

rédaction du présent document, il existait un seul centre d'exercice de la profession en collaboration financé par le régime d'Assurance-maladie qui avait une infirmière praticienne parmi ses effectifs.

**Figure 6 : Survol des services communautaires offerts par les RRS et des effectifs des fournisseurs de soins de santé**  
(les postes indiqués n'étaient pas toujours pourvus)

	Quatorze centres de santé mentale communautaires	Dix bureaux de santé publique	Huit centres de santé communautaires	Vingt centres de santé	Vingt-six cabinets extramuraux	Un centre d'exercice de la profession en collaboration (régime d'Assurance-maladie)
Conseiller en intégration communautaire	√					
Psychologue	√					
Psychométricien	√					
Travailleur social	√		√		√	
Diététiste		√	√		√	
Infirmière immatriculée	√	√	√	√	√	
Médecin	√		√	√		√
Infirmière auxiliaire autorisée						
Physiothérapeute			√		√	
Infirmière praticienne			√			√
Ergothérapeute	√		√		√	
Inhalothérapeute			√		√	
Orthophoniste						
Audiologiste					√	
Travailleur au service de soins aux patients	√			√	√	
Assistant en réadaptation			√		√	
Ludothérapeute	√					
Technicien en éducation spécialisée	√					
Pharmacien			√			
Technicien en pharmacie					√	

Source : classification des postes primaires pour des installations données durant l'exercice financier 2007-2008, base de données sur les ressources humaines (BDRS) du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

## Un plan conceptuel pour la réforme des soins de santé primaires

Grâce au financement du FASSP, un groupe de travail national a élaboré une stratégie de marketing pour sensibiliser la population au rôle et à l'importance des soins de santé primaires dans le système de prestation des soins de santé. Après des études approfondies, un concept à quatre piliers a été créé. Ces piliers ou éléments, interprétés par la population comme étant des composantes clés des soins de santé primaires, sont *l'accès, le travail en équipe, les renseignements opportuns et le mode de vie sain*<sup>37</sup>. Chacun de ces éléments est décrit brièvement ci-après.

*L'accès signifie que la personne obtient les soins adéquats, du bon fournisseur, au bon moment et au bon endroit. Cette personne doit d'abord demander de l'aide pour satisfaire ses besoins de base en santé. C'est habituellement le premier accès au système de soins de santé, qui se fait par l'intermédiaire du médecin de famille, d'un autre médecin praticien ou d'autres avenues, comme les lignes téléphoniques d'info-conseil et les cliniques. De là, la personne accède à toute une gamme de services dont elle a besoin en temps opportun.*

*Le travail en équipe est une approche où les fournisseurs de soins de santé travaillent ensemble pour offrir des soins efficaces et opportuns en se partageant la responsabilité d'un patient. Les soins de santé primaires intègrent la notion « d'équipe » ou de « réseau » de fournisseurs et d'organismes qui travaillent ensemble au nom du patient, pour coordonner les soins dans le système de santé, en conseillant ce dernier sur la façon de rester en santé, en traitant ses maladies, en lui fournissant des soins hospitaliers, en lui offrant des soins à domicile et en faisant le suivi de ses problèmes de santé chroniques. Il faut pour cela créer des processus de collaboration et de coopération susceptibles d'assurer la continuité des soins et de faire en sorte que les patients aient accès aux bons professionnels de la santé. Grâce aux renseignements complets contenus dans les dossiers de santé électroniques, les fournisseurs de soins peuvent effectuer le suivi constant de leurs patients, évaluer leurs progrès et adopter une approche plus globale pour les aider à rester en santé. Selon la philosophie des soins de santé primaires, le patient fait partie intégrante de l'équipe, puisqu'il participe aux décisions prises au sujet des soins qu'il recevra.*

*Les renseignements opportuns et les moyens de les communiquer efficacement sont essentiels pour assurer que les décisions sont prises en fonction des meilleures données disponibles. Pour soigner efficacement une personne, ces renseignements doivent être complets et refléter les conseils et avis formulés par tous les membres de l'équipe responsable du patient. On utilise de plus en plus la technologie pour*

37. Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada (2009), *Une stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires*,  
[http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet\\_F/0034?OpenDocument](http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet_F/0034?OpenDocument)

*assurer le transfert efficace de l'information et pour révolutionner la façon de stocker et d'utiliser les renseignements.*

*L'adoption d'un **mode de vie sain** se traduit par les choix positifs qu'on fait en matière de santé physique, mentale et spirituelle. Parmi ces choix figurent la consommation d'aliments nutritifs, l'établissement d'un cercle de contacts sociaux pour créer un environnement favorable, l'activité physique, le fait de ne pas fumer et l'abandon d'autres mauvaises habitudes de vie. On vise principalement à prévenir les maladies et les blessures. Or, cette notion est étroitement liée à celle de la prévention primaire, qui signifie l'adoption, au niveau individuel ou collectif, de mesures ou d'activités conçues pour réduire les conséquences d'expositions à des facteurs de risque de maladie ou d'évènement lié à la santé. On peut notamment penser aux campagnes de vaccination ou à l'accès à de l'eau potable sûre au sein d'une collectivité. Ce pilier vise également à habiliter les personnes ayant une maladie chronique à s'autogérer et à prendre des décisions visant à améliorer leur santé générale et leur qualité de vie.*

À la suite d'une campagne de sensibilisation, il y a eu une amélioration importante de la compréhension des soins de santé primaires par les Canadiens.<sup>38</sup> Le CCSSP a décidé de miser sur cette initiative et d'utiliser ces piliers pour orienter les discussions provinciales sur la réforme des soins de santé primaires.

La section 3 présente un survol détaillé de chacun des piliers en considérant la situation actuelle et les objectifs qu'on veut atteindre au Nouveau-Brunswick. La section 4 résume quant à elle les mesures qu'on entend adopter pour réaliser ces objectifs en formulant les recommandations.

---

38. Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada (2009), *Une stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires*, [http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet\\_F/0034?OpenDocument](http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet_F/0034?OpenDocument)

# SECTION 3

## CONSEILS et ORIENTATION

### Pilier 1 — Accès : la situation actuelle

L'élément principal des soins de santé primaires est le cabinet du médecin de famille; il existe toutefois une grande diversité de points d'accès à ces soins, dont les urgences des hôpitaux, les cliniques sans rendez-vous, les services d'aide téléphonique (p. ex., Télé-Soins, services hospitaliers d'assistance), les centres de santé communautaires, les centres de santé, les bureaux de la santé publique, les pharmacies, etc. En avril 2008, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et l'Association médicale canadienne ont publié un document de discussion sur les temps d'attente pour les soins primaires.<sup>39</sup> On y indique que « l'accès aux soins » est un des problèmes les plus chauds auxquels fait face le système de santé du Canada. Les trois principales préoccupations des patients étaient :

1. trouver un médecin de famille;
2. obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille;
3. être aiguillé, au besoin, par le médecin de famille pour des investigations ou des consultations plus spécialisées.<sup>40</sup>

Même si on reconnaît de plus en plus que les soins de santé primaires sont le fondement du système de santé, on en sait peu sur la façon dont les patients, en tant que population, interagissent avec ce système. L'ESCC compte bien des questions susceptibles de permettre le suivi des préoccupations générales des patients, mais il n'y a pas de surveillance continue ou de production de rapport sur l'utilisation du réseau. Cela est principalement attribuable au fait que les données nécessaires sont très difficiles à obtenir et à synthétiser. Il n'existe actuellement aucun mécanisme exhaustif de cueillette et d'analyse des renseignements liés au système de soins de santé primaires. Les rares chiffres dont on dispose sont souvent des données secondaires provenant de la facturation des médecins de famille (Assurance-maladie), du système d'information hospitalière (SIH) et d'autres bases administratives. Par conséquent, il est très difficile d'avoir un dialogue significatif sur les temps d'attente pour des soins de santé primaires, d'élaborer des stratégies pour renforcer les secteurs les plus faibles et de déterminer si ces stratégies fonctionnent.

39. Collège des médecins de famille du Canada et Association médicale canadienne (avril 2008), *Et l'on attend toujours : Étude sur les temps d'attente en soins primaires au Canada, Sommaire*, p. V.

40. *Ibid.*

Une analyse préliminaire, fondée sur les chiffres de 2007 trouvés dans les bases de données susmentionnées, a été effectuée pour dresser le profil des services essentiels fournis par les médecins de famille afin de commencer à mieux comprendre les enjeux concernant les soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick. En 2007, le Nouveau-Brunswick a été divisé en huit zones. Les zones 1B et 1SE partageaient alors la même empreinte géographique; leurs populations pouvaient donc choisir où elles désiraient obtenir leurs services de santé. Par conséquent, afin de mieux analyser les modèles d'accès dans la zone desservie, ces deux zones ont été considérées comme une seule.

Il y a deux importants problèmes en ce qui concerne la disponibilité et l'exhaustivité des données, soit les périodes durant lesquelles elles ont été recueillies et les lacunes au chapitre des médecins de famille salariés. Ces données proviennent des chiffres de facturation d'Assurance-maladie et du système d'information hospitalière. Or, il y a certaines irrégularités en ce qui concerne la période de collecte de ces deux sources. Si les deux couvrent 12 mois d'activités, le système d'information hospitalière se fonde sur l'exercice financier, tandis que l'Assurance-maladie se base sur l'année civile. Aux fins des présentes, ces irrégularités sont toutefois atténuées par l'amélioration de la qualité des données post-vérification. Le deuxième problème concerne le manque de renseignements sur les médecins de famille salariés. L'Assurance-maladie a récemment exigé de tous ces derniers qu'ils produisent des factures pro forma. Cela ne se produisait cependant pas encore en 2007, si bien qu'une bonne partie des activités de ces professionnels n'a pas pu être mesurée. Il est très important de considérer cet état de fait, puisque cela peut mener à une sous-estimation de la contribution des médecins de famille salariés au système de santé. L'objectif du présent exercice de faire ressortir les secteurs devant faire l'objet d'un examen approfondi demeure toutefois raisonnable, malgré ces imperfections au chapitre des données.

On cherche ici avant tout à savoir comment la population du Nouveau-Brunswick obtient les services de soins de santé primaires offerts par les omnipraticiens. L'objectif est mieux comprendre où les Néo-Brunswickois ont obtenu les services d'un médecin de famille en 2007, et de relever les caractéristiques d'utilisation par groupe d'âge ou par région géographique afin d'orienter et d'éclairer les études ultérieures.

## **Les statistiques — médecins de famille, cliniques ouvertes après les heures normales et salles d'urgence**

La figure suivante présente le nombre de médecins de famille par zone et lieu d'exercice. Elle n'inclut que les médecins de famille ayant réalisé un revenu d'au moins 60 000 \$ pendant l'exercice financier. L'analyse a permis de déterminer

quel type de contexte (cabinet, clinique ouverte après les heures normales, salle d'urgence ou hôpital) était la « source » de la majorité des revenus. On a relevé d'autres contextes d'exercice, mais il ne s'agissait pas des sources de la « majorité » de ces revenus. À titre d'exemple, on comptait 186 médecins dans la zone 1. De ces médecins, 87 ont gagné au moins 60 000 \$ essentiellement dans un cabinet où ils étaient payés à l'acte. Cinquante médecins, évoluant aussi en cabinet, étaient salariés. Six des médecins ayant gagné au moins 60 000 \$ ont plutôt cité les cliniques ouvertes après les heures normales comme principales sources de revenus, 35 ont nommé les salles d'urgence et huit, les hôpitaux. Il est à noter qu'un médecin peut exercer en cabinet tout en gagnant la plus grande part de ses revenus en salle d'urgence.

**Figure 7 : Nombre d'omnipraticiens par zone et lieu d'exercice**

Zone	Nombre total de médecins	Cabinets Médecins payés à l'acte	Cabinets Médecins salariés	Cliniques ouvertes après les heures normales	Salles d'urgence	Hôpitaux
1	186	87	50	6	35	8
2	147	94	13	1	29	10
3	145	92	22	1	22	8
4	49	29	1	0	12	7
5	29	12	5	0	7	5
6	73	44	6	1	18	4
7	35	22	4	0	8	1
Total	664	380	101	9	131	43

Source : Services d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick (2007)

Il faut noter que les nombres indiqués ne correspondent pas nécessairement à la notion d'équivalent à temps plein. Ils représentent exclusivement le nombre de médecins de famille ayant réalisé un revenu minimum de 60 000 \$ en 2007.

En 2005, B. Starfield, une chercheuse de renommée mondiale dans le domaine de la prestation de soins de santé primaires<sup>41</sup>, a examiné les répercussions du nombre de médecins de famille sur les résultats de santé. Elle a démontré qu'une augmentation du nombre d'omnipraticiens de première ligne, ou une amélioration de l'accès à ces derniers avait une influence positive sur la santé de la population. Le nombre total

41. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Starfield+Barbara\[au\]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Starfield+Barbara[au])

de médecins de famille ayant gagné la majorité de leurs revenus dans un cabinet ou une clinique ouverte après les heures normales a été examiné en fonction de la population du Nouveau-Brunswick. Dans la province, 481 d'entre eux offraient des soins aux 749 782 habitants estimés, ce qui représente en moyenne neuf médecins de famille par 10 000 habitants. On peut donc conclure qu'il y a 1 559 patients par omnipraticien.

La figure 8 représente la couverture relative de la population desservie, en fonction du nombre de médecins de famille travaillant en cabinet, à salaire ou selon un modèle de rémunération à l'acte.

**Figure 8 : Profil des omnipraticiens exerçant en cabinet en fonction de la population desservie**

Zone	Population desservie <sup>42</sup>	Cabinets Médecins payés à l'acte	Cabinets Médecins salariés	Nombre de personnes par médecin salarié ou payé à l'acte
1	197 703	87	50	1 443
2	174 952	94	13	1 635
3	172 180	92	22	1 510
4	50 693	29	1	1 690
5	28 281	12	5	1 664
6	79 891	44	6	1 598
7	46 082	22	4	1 772
<b>Total</b>	<b>749 782</b>	<b>380</b>	<b>101</b>	<b>1 559</b>

Source : Services d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick (2007)

Le nombre de médecins de famille exerçant en cabinet a été comparé aux populations desservies. Ainsi, dans la zone 1, 197 703 personnes avaient accès à 137 cabinets de médecine familiale, soit une moyenne de 1 443 personnes par lieu d'exercice. Ce profil révèle qu'il existe une certaine variation au chapitre de la disponibilité des omnipraticiens en fonction des populations desservies, la zone 7 ayant la moyenne la plus élevée de patients par médecin, et la zone 1, la moyenne la plus faible. Il n'existe aucun repère officiel pour la taille optimale de la clientèle

42. Source : Statistique Canada, tableau 109-5315, Estimations de la population (Recensement et données administratives), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, annuel (nombre), CANSIM (base de données), [http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=E&CNSM-Fi=CII/CII\\_1-eng.htm](http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=E&CNSM-Fi=CII/CII_1-eng.htm) (site consulté le 23 mars 2009).

par contexte d'exercice dans la province. Des chiffres continuellement amassés par l'Assurance-maladie indiquent qu'environ 70 pour cent des Néo-Brunswickois se rendent chez un médecin chaque année, et que presque tous les habitants de la province en consultent un par trois ans.<sup>43</sup> Le cadre actuel de rémunération dans les centres de santé communautaires, de même que les contrats de revenu minimum garanti, se fonde toutefois sur une charge professionnelle estimée de 1 500 patients par médecin de famille par année. Si on se base sur ces clientèles d'environ 1 500 personnes par établissement de médecine familiale, les zones 2, 4, 5, 6 et 7 avaient une distribution légèrement supérieure à la celle recommandée. Il est cependant important de noter que la figure ci-dessus ne tient compte ni des modèles de services des médecins de famille, ni de leurs activités principales; elle ne se fonde que sur les lieux d'exercice. Un omnipraticien pourrait notamment offrir un important soutien à des infirmières praticiennes ou à des fournisseurs de soins de santé complémentaires, ce qui lui permettrait de voir beaucoup plus de patients que s'il travaillait seul. En certains endroits, la rémunération est beaucoup plus élevée par code de service. Un médecin peut donc gagner la majorité de ses revenus dans un contexte, tout en travaillant une quantité considérable d'heures ailleurs. À titre d'exemple, les médecins œuvrant sous le code des salles d'urgence peuvent aussi exercer régulièrement en cabinet. De plus, les chiffres indiqués ne comptent pas les médecins de famille qui ont accumulé des revenus de moins de 60 000 \$. De plus en plus d'omnipraticiens prenant une retraite « partielle », le nombre de ceux affichant de tels revenus pourrait augmenter en conséquence; ces médecins peuvent pourtant voir un nombre appréciable de patients répartis dans plusieurs cabinets. Cette lacune au chapitre de la cueillette et de l'analyse des données illustre le besoin de créer de meilleures sources et d'assurer un suivi plus serré des activités.

Il est raisonnable de croire que « l'âge » et le « sexe » influencent grandement la demande en soins de santé primaires; même si le taux moyen d'une zone semble adéquat, les populations affichant davantage de problèmes de santé pourraient donc requérir un accès accru.

Les figures suivantes explorent la question de l'accès. Afin de mieux le comprendre, on a considéré les services couverts par des codes de facturation de l'Assurance-maladie comme indicateurs de l'activité des patients. Chaque service correspond à un code facturable. Il est à noter qu'un patient peut faire une seule visite donnant lieu à un, plusieurs ou aucun de ces codes. Toutefois, *en général*, un seul service est offert par visite. Par exemple, en avril 2009, on a recensé 180 772 visites dans des cabinets d'omnipraticien pour 196 922 services fournis, soit 1,09 service par visite. Généralement, dans l'échelle de rémunération, un seul service est associé à chaque visite. Il importe toutefois de comprendre que cette analyse ne rend pas la complexité du travail et des services souvent offerts; elle ne tient compte que des actes que les médecins ont été en mesure de facturer chaque fois. Les figures 9 à 12 montrent le nombre de patients cernés au cours d'une année civile, la répartition

---

43. Communication personnelle de M. James Ayles (février 2010), Assurance-maladie.

selon l'âge du groupe desservi, les services offerts, la population estimée et les points d'accès à ces derniers.

On s'attend idéalement à ce que les patients obtiennent des services de soins de santé primaires par l'intermédiaire du cabinet de leur omnipraticien. Les cliniques ouvertes après les heures normales et les salles d'urgence sont les autres choix qui s'offrent à eux, particulièrement quand les cabinets sont fermés. Les cliniques ouvertes après les heures normales ont été créées par des médecins désireux de fournir des services hors des heures normales de travail dans le but de réduire les pressions exercées sur les salles d'urgence. Elles ont été proposées comme solution de rechange afin que les patients puissent obtenir des soins les soirs et les fins de semaine. Les patients orphelins, ou ceux qui n'ont pas de médecin de famille, doivent également passer par les cliniques ouvertes après les heures normales et les salles d'urgence pour accéder à un médecin de famille. À certains moments, les patients peuvent aussi « choisir » ces solutions de rechange parce qu'ils sont incapables de prendre congé, de se rendre au cabinet de leur médecin, etc., durant les heures « normales ».

La figure 9 établit des liens entre les populations estimées par zone, le nombre total de patients et le nombre total de services dans les cabinets de médecins de famille et les cliniques ouvertes après les heures normales.

**Figure 9 : Profil d'utilisation des services des médecins de famille par zone et population desservie**

Zone	Population desservie	Services obtenus dans un cabinet	Patients (cabinets)	% de la population (cabinets)	Services par patient	Services obtenus dans une clinique AHN	Patients (cliniques AHN)	% de la population (cliniques AHN)	Services par patient dans une clinique AHN
1	197 703	660 488	137 999	70 %	4,8	110 178	52 421	27 %	2,1
2	174 955	700 065	126 559	72 %	5,5	28 498	18 955	11 %	1,5
3	172 180	595 813	115 292	67 %	5,2	32 193	20 596	12 %	1,6
4	50 693	144 933	33 807	67 %	4,3	9 526	6 198	12 %	1,5
5	28 281	101 198	20 396	72 %	5,0	761	473	2 %	1,6
6	79 891	270 872	59 236	74 %	4,6	18 536	10 227	13 %	1,8
7	46 082	165 443	33 711	73 %	4,9	15 210	8 870	19 %	1,7
NB	749 782	2 638 812	527 000	70 %	5,0	214 902	117 740	16 %	1,8

Source : Services d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick (2007)

Les chiffres de la deuxième colonne correspondent à la **population desservie**. Par exemple, dans la zone 1, 660 488 services ont été consommés dans un cabinet de médecin par 137 999 patients, soit 70 pour cent de la population desservie. Cela correspond à une moyenne de 4,7 services par personne. Les cliniques ouvertes après les heures normales ont pour leur part offert 110 178 services à 52 421 patients, soit 27 pour cent de la population desservie. On peut donc conclure qu'environ deux fois plus de patients ont obtenu les services dont ils avaient besoin dans un cabinet de médecin de famille. La population estimée est ainsi comparée au nombre de patients ayant obtenu des services dans un bureau de médecine familiale. Les zones 3 et 4 semblent avoir le plus grand pourcentage de population qui n'a pas fréquenté un cabinet de médecin. La zone 6 semble avoir le plus grand pourcentage de population qui a consulté un omnipraticien dans un cabinet. En moyenne, 30 pour cent des gens desservis ne se sont pas rendus dans un cabinet, mais il n'a pas été possible de déterminer si c'était parce qu'ils n'avaient pas eu besoin de soins de santé primaires, ne voulaient pas voir un médecin de famille ou avaient consulté un médecin ailleurs.

Les patients qui fréquentent les cabinets peuvent également fréquenter les cliniques ouvertes après les heures normales. Les médecins de famille évoluant dans des cabinets offrent environ trois fois plus de services par patient; cela est à prévoir, puisque, dans un tel contexte, chacun peut consulter à plusieurs reprises durant l'année et qu'on y met l'accent sur les soins intégrés. Les cliniques ouvertes après les heures normales se concentrent quant à elles sur la gestion épisodique de problèmes aigus qui présentent une probabilité moindre de suivi ou de surveillance continue.

À la figure 10, on a calculé des taux permettant de comparer les diverses zones du Nouveau-Brunswick.

**Figure 10 : Tableau comparatif des patients ayant obtenu des soins dans un cabinet de médecin ou une clinique ouverte après les heures normales**

Zone	Population desservie	Patients (cabinets)	Patients (CSC)	Taux d'utilisation (patients/population)	Patients (cliniques AHN)	Taux d'utilisation (patients/population)
1	197 703	137 999	1 568	0,71	52 421	0,27
2	174 952	126 559	6 685	0,76	18 955	0,11
3	172 180	115 292	10 240	0,73	20 596	0,12
4	50 693	33 807	0	0,67	6 198	0,12
5	28 281	20 396	9 330	1,05	473	0,02
6	79 891	59 236	21 998	1,02	10 227	0,13
7	46 082	33 711	0	0,73	8 870	0,19
<b>Total</b>	<b>749 782</b>	<b>527 000</b>	<b>49 821</b>	<b>0,77</b>	<b>117 740</b>	<b>0,16</b>

Source : Services d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick (2007)

Dans la zone 1, comptant une population estimée de 197 703 personnes, 137 999 patients ont visité des cabinets de médecin de famille, alors que 1 568 se sont rendus dans un centre de santé communautaire. On peut donc dire que 71 pour cent de la population (taux de 0,71) s'est tournée vers les cabinets privés ou des centres de santé communautaires pour obtenir des soins. On peut également constater que 52 421 patients ont obtenu des soins dans une clinique ouverte après les heures normales, soit 27 pour cent de la population (taux de 0,27). Il y a des variations importantes au chapitre du taux d'accès relatif entre les zones. Ces variations peuvent être causées par le manque de données sur les médecins de famille salariés. Lorsque cela était possible, nous avons utilisé des bases de données indirectes pour évaluer l'activité des omnipraticiens salariés, comme dans le cas des centres de santé communautaires. Ces derniers n'ont pas à produire de factures pro forma, mais il a été possible d'obtenir des renseignements sur le nombre total de patients ainsi que le nombre de consultations. Sans cette dernière donnée, on obtiendrait un nombre légèrement supérieur de patients, puisque les gens qui fréquentent les centres de santé communautaires n'en sont pas tous des patients du médecin de famille. Cela est particulièrement vrai dans le cas des centres de santé communautaires avec des cliniques sans rendez-vous « autonomes », comme dans la zone 3 (Minto), la zone 5 (Dalhousie) et la zone 6 (Lamèque, Caraquet). Ces cliniques sans rendez-vous fonctionnent comme les cliniques ouvertes après les heures normales et sont largement utilisées par la communauté en général.

On peut s'attendre à ce que la sous-estimation des personnes qui fréquentent les cabinets soit importante, puisque la zone 1 a la plus grande proportion de médecins de famille par patients, comme le démontre la figure 2. Dans la zone 1, un tiers (1/3) des omnipraticiens en cabinet étaient à salaire. On amasse actuellement des données sur la facturation pro forma, données qui aideront à clarifier et à mieux comprendre la situation. Cela n'explique toutefois pas l'utilisation plus élevée des cliniques ouvertes après les heures normales par les populations des zones 1 et 7. L'utilisation relativement élevée des cabinets dans les zones 5 et 6 suggère que la population a des besoins plus grands et a relativement peu de difficulté à consulter un omnipraticien. Comme l'âge est un important déterminant des besoins en matière de soins de santé, il est pertinent de considérer ce facteur dans l'établissement des profils d'utilisation.

La figure 11 présente des données préliminaires sur la façon dont l'âge des patients peut influencer sur l'utilisation des services.

Le *pourcentage de la population estimée* par groupe d'âge correspond à celui de la population desservie dans ce groupe d'âge. Par exemple, dans la zone 1, 58 pour cent d'enfants de 0 à 19 ans ont visité un cabinet. Au sein des cabinets, ces enfants ne composaient cependant que 17 pour cent du nombre total de patients reçus. Ce groupe d'âge était responsable de 14 pour cent seulement des services offerts.

**Figure 11 : Accès aux soins de santé primaires  
dans des cabinets par groupes d'âge**

Zone		Pourcentage de la population estimée	% de la clientèle des cabinets	% des services offerts en cabinet	Services/patient
1	0 à 19 ans	58 %	17 %	14 %	4
	20 à 44 ans	59 %	30 %	28 %	4
	45 à 64 ans	80 %	33 %	33 %	5
	65 ans et +	94 %	20 %	25 %	6
2	0 à 19 ans	62 %	20 %	17 %	5
	20 à 44 ans	63 %	30 %	25 %	5
	45 à 64 ans	82 %	32 %	32 %	6
	65 ans et +	92 %	18 %	26 %	8
3	0 à 19 ans	58 %	20 %	16 %	4
	20 à 44 ans	55 %	29 %	27 %	5
	45 à 64 ans	77 %	32 %	32 %	5
	65 ans et +	94 %	19 %	25 %	7
4	0 à 19 ans	47 %	15 %	10 %	3
	20 à 44 ans	59 %	28 %	23 %	3
	45 à 64 ans	77 %	37 %	37 %	4
	65 ans et +	88 %	20 %	30 %	6
5	0 à 19 ans	49 %	14 %	10 %	3
	20 à 44 ans	61 %	25 %	21 %	4
	45 à 64 ans	84 %	38 %	40 %	5
	65 ans et +	97 %	23 %	30 %	7
6	0 à 19 ans	61 %	16 %	10 %	3
	20 à 44 ans	65 %	27 %	23 %	4
	45 à 64 ans	81 %	37 %	38 %	5
	65 ans et +	93 %	20 %	29 %	7
7	0 à 19 ans	60 %	18 %	12 %	3
	20 à 44 ans	63 %	27 %	24 %	4
	45 à 64 ans	81 %	34 %	35 %	5
	65 ans et +	95 %	21 %	29 %	7

Source : Services d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick (2007)

On parle beaucoup dans les journaux généraux et professionnels des enjeux complexes associés à la population vieillissante. La figure 11 présente les différences d'accès entre groupes d'âge dans les cabinets de chaque zone. On y trouve le taux de personnes ayant obtenu des soins de santé primaires dans des cabinets de médecins de famille, de même que le pourcentage que cela représentait par rapport à la clientèle globale de ces derniers et par rapport au nombre total de services offerts.

Les personnes âgées semblent pouvoir accéder facilement aux médecins de famille, comme l'indique le nombre de patients de ce groupe d'âge vu dans les cabinets comparativement à la population estimée. Le plus faible pourcentage se trouve dans la zone 4, où 88 pour cent des personnes âgées avaient vu un omnipraticien, tandis que le pourcentage le plus élevé était dans la zone 5, où 97 pour cent d'entre elles avaient été vues en cabinet de médecine familiale. Ces personnes forment environ 20 pour cent des clientèles de cabinets familiaux, mais consomment de 25 à 30 pour cent des services offerts. Ce sont celles qui reçoivent le plus grand nombre de services par patient. Le groupe des 45 à 64 ans représente en général plus du tiers de la clientèle des cabinets et consomme environ le même taux de services. Cela est préoccupant, puisqu'à mesure que la population vieillit, les besoins en soins devraient augmenter et requérir une plus grande proportion des ressources disponibles. Comme on pourrait s'y attendre, les jeunes et les jeunes adultes accèdent moins aux services de soins de santé primaires et, par conséquent, représentent un pourcentage plus faible de la clientèle, tout en consommant moins de services en général.

La figure 12 présente un profil semblable, mais cette fois pour les cliniques ouvertes après les heures normales. Comme à la figure 11, on y trouve, par zone, le taux de personnes ayant obtenu des soins de santé primaires dans de telles cliniques, de même que le pourcentage que cela représentait par rapport à la clientèle globale de ces dernières et par rapport au nombre total de services offerts.

Le *pourcentage de la population estimée* correspond à celui de la population desservie dans le groupe d'âge visé. Par exemple, dans la zone 1, 28 pour cent d'enfants de 0 à 19 ans ont visité une clinique ouverte après les heures normales. Au sein des cliniques, ces enfants ne composaient cependant que 28 pour cent du nombre total de patients reçus. Ce groupe d'âge était responsable de 32 pour cent seulement des services offerts.

**Figure 12 : Accès aux soins de santé primaires dans des cliniques ouvertes après les heures normales par groupes d'âge**

Zone		% de la population estimée	% de la clientèle des cliniques AHN	% des services offerts en clinique AHN	Services/patient
1	0 à 19 ans	35 %	28 %	32 %	2
	20 à 44ans	30 %	40 %	40 %	2
	45 à 64 ans	21 %	23 %	21 %	2
	65 ans et +	16 %	9 %	7 %	2
2	0 à 19 ans	16 %	35 %	38 %	2
	20 à 44 ans	12 %	38 %	37 %	1
	45 à 64 ans	8 %	21 %	19 %	1
	65 ans et +	5 %	6 %	6 %	1
3	0 à 19 ans	15 %	29 %	29 %	2
	20 à 44 ans	13 %	39 %	40 %	2
	45 à 64 ans	10 %	23 %	23 %	2
	65 ans et +	8 %	8 %	8 %	1
4	0 à 19 ans	15 %	26 %	27 %	2
	20 à 44 ans	14 %	36 %	37 %	2
	45 à 64 ans	11 %	28 %	27 %	1
	65 ans et +	8 %	11 %	10 %	1
5	0 à 19 ans	1 %	19 %	17 %	1
	20 à 44 ans	4 %	65 %	70 %	2
	45 à 64 ans	0 %	10 %	8 %	1
	65 ans et +	1 %	7 %	5 %	1
6	0 à 19 ans	15 %	23 %	21 %	2
	20 à 44 ans	14 %	35 %	34 %	2
	45 à 64 ans	11 %	30 %	31 %	2
	65 ans et +	10 %	12 %	14 %	2
7	0 à 19 ans	24 %	27 %	26 %	2
	20 à 44 ans	20 %	33 %	33 %	2
	45 à 64 ans	18 %	28 %	29 %	2
	65 ans et +	14 %	12 %	12 %	2

Source : Services d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick (2007)

Dans toutes les zones et au sein de tous les groupes d'âge, un pourcentage beaucoup plus faible de la population estimée a obtenu des services dans les cliniques ouvertes après les heures normales. Ces cliniques semblent en outre être plus fréquentées par la population plus jeune. Le pourcentage le plus élevé d'utilisateurs par rapport à la population estimée se trouve en effet chez les jeunes, et le plus faible, chez les personnes âgées. C'est exactement l'inverse de ce qu'on constate dans le cas des cabinets de médecin. Au sein des cliniques elles-mêmes, la majorité des patients étaient de jeunes adultes. Cela semble raisonnable si les services sont offerts à des personnes incapables d'obtenir des *rendez-vous en temps opportun* avec leur médecin de famille durant les heures normales de bureau. Les jeunes adultes qui travaillent peuvent effectivement avoir plus de difficulté à trouver du temps pour consulter le médecin, pour eux ou pour leurs enfants. Ils ont donc recours à ces cliniques. Les utilisateurs de tous les groupes d'âge semblent consommer un nombre similaire de services, soit environ deux par année. Cela représente environ la moitié du nombre de services consommés en cabinet de médecin, conforme avec la gestion des problèmes de santé aigus et épisodiques. Ce sont les personnes âgées qui obtiennent le moins grand nombre de services dans ces cliniques, ce qui suggère qu'elles peuvent facilement accéder à leur médecin de famille. Elles pourraient également connaître moins de problèmes aigus pouvant être traités dans de tels contextes. Il serait intéressant de connaître l'utilisation des salles d'urgence par groupes d'âge.

On se préoccupe de plus en plus du nombre croissant de patients qui n'ont pas de médecin de famille. Des données de l'ICIS<sup>44</sup> suggèrent qu'environ 12 pour cent des Néo-Brunswickois n'ont pas d'endroit fixe où aller quand ils sont malades ou ont besoin de conseils quant à leur santé. En mars 2009, on a réalisé un bref sondage sur le nombre estimatif de patients orphelins dans les zones. Il est à noter qu'il n'existe aucun mécanisme uniforme de suivi de ces patients.

Les cliniques ouvertes après les heures normales procurent de leur côté un moyen d'estimer le nombre de ces patients orphelins. En comparant le nombre total de patients identifiés obtenant des soins dans les cabinets ou les cliniques ouvertes après les heures normales avec le nombre de patients identifiés uniquement inscrits dans les cabinets, il est en effet possible de calculer le nombre de patients identifiés qui ont seulement accès aux cliniques. On peut présumer que ces cliniques constituent une solution de rechange pour accéder à des soins de santé primaires quand on n'a pas de médecin de famille. Idéalement, ces données seraient corroborées par celles du système d'information hospitalière, dont le volet inscription inclut de l'information sur les omnipraticiens, mais des renseignements plus détaillés ne sont pas disponibles. On voit à la figure 13 le nombre estimatif de patients qui

44. Institut canadien d'information sur la santé (juillet 2009), *Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada*, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_fr.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_fr.pdf)

---

ont uniquement accédé aux services de soins de santé primaires dans des cliniques ouvertes après les heures normales. Ces chiffres sont inférieurs aux estimations de l'ICIS (12 pour cent), mais ne tiennent pas compte des personnes sans médecin de famille qui n'ont pas eu besoin de soins durant la période visée. Le manque de données sur les omnipraticiens salariés vient aussi considérablement affaiblir cette analyse.

Dans la figure 13, la *population estimée* correspond à celle desservie pour chaque groupe d'âge. Par exemple, dans la zone 1, il y a 41 386 enfants de 0 à 19 ans. De ces enfants, 28 956 se sont rendus dans un cabinet de médecine familiale ou une clinique ouverte après les heures normales. On a été en mesure de déterminer que seulement 5 078 d'entre eux n'avaient été qu'à une clinique ouverte après les heures normales en recoupant les données relatives aux deux contextes d'exercice. Ce chiffre représente 12,27 pour cent des enfants de cette région. En tout, 6,95 pour cent de cette population desservie, tous âges confondus, a eu recours à des services après les heures normales d'ouverture.

**Figure 13 : Estimation de la population de patients orphelins**

Zone		Population estimée	Patients (cabinets et cliniques AHN)	Patients (cliniques ouvertes après les heures normales seulement)	% du groupe d'âge estimé dans la région	% de la population estimée
1	0 à 19 ans	41 386	28 956	5 078	12,27 %	6,95 %
	20 à 44 ans	70 473	47 892	6 316	8,96 %	
	45 à 64 ans	57 248	47 587	2 053	3,59 %	
	65 ans et +	28 596	27 306	295	1,03 %	
2	0 à 19 ans	41 124	27 400	1 726	4,20 %	2,37 %
	20 à 44 ans	59 355	39 333	1 673	2,82 %	
	45 à 64 ans	49 652	41 092	612	1,23 %	
	65 ans et +	24 824	22 885	140	0,56 %	
3	0 à 19 ans	39 810	24 986	1 837	4,61 %	3,09 %
	20 à 44 ans	61 995	36 488	2 550	4,11 %	
	45 à 64 ans	47 504	37 523	815	1,72 %	
	65 ans et +	22 871	21 622	125	0,55 %	
4	0 à 19 ans	10 609	5 640	634	5,98 %	3,20 %
	20 à 44 ans	15 990	10 075	680	4,25 %	
	45 à 64 ans	16 383	12 868	259	1,58 %	
	65 ans et +	7 711	6 844	47	0,61 %	
5	0 à 19 ans	5 881	2 920	39	0,66 %	,73 %
	20 à 44 ans	8 417	5 308	152	1,81 %	
	45 à 64 ans	9 225	7 766	11	0,12 %	
	65 ans et +	4 758	4 608	4	0,08 %	
6	0 à 19 ans	15 333	10 193	768	5,01 %	3,30 %
	20 à 44 ans	25 019	17 273	1 121	4,48 %	
	45 à 64 ans	27 048	22 629	592	2,19 %	
	65 ans et +	12 491	11 774	152	1,22 %	
7	0 à 19 ans	9 982	6 816	778	7,79 %	4,72 %
	20 à 44 ans	14 636	10 126	894	6,11 %	
	45 à 64 ans	14 110	11 861	423	3,00 %	
	65 ans et +	7 354	7 085	82	1,12 %	
<b>Total</b>		<b>749 785</b>	<b>556 856</b>	<b>29 856</b>	<b>3,98 %</b>	

Source : Services d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick (2007)

Il y a des écarts importants entre les zones, la zone 1 ayant le plus haut taux de patients orphelins à 6,95 pour cent. Les données de la zone 5 sont importantes, parce qu'elles indiquent que les patients n'ont pas recours aux cliniques ouvertes après les heures normales, mais c'est probablement parce que l'accès à ce type de services est très limité. L'analyse par groupes d'âge fournit de précieux renseignements sur les besoins en matière de soins de santé des patients orphelins. La zone 1 avait toujours un nombre élevé d'enfants et de jeunes adultes n'ayant pas de médecin de famille. Cela suggère que les jeunes familles ont plus de difficulté à obtenir les services d'un omnipraticien, en raison soit de la pénurie de médecins, soit des heures d'ouverture des cabinets. Dans les cliniques ouvertes après les heures normales, les personnes âgées présentaient encore le plus faible pourcentage, suivies de la cohorte des 45 à 64 ans.

Les salles d'urgence constituent un point d'accès de rechange pour obtenir des soins de santé primaires, et ce, tant pour les personnes ayant un médecin de famille que pour les patients orphelins. La figure 14 présente des données sur l'utilisation de ces salles. On y compare la population estimée dans chaque zone au nombre de visites en salle d'urgence. Il est à noter qu'une seule personne peut effectuer plusieurs visites.

**Figure 14 : Taux de visites dans les salles d'urgence par zone**

Zone	Population desservie	Nombre de visites dans les salles d'urgence	Taux d'utilisation (visites par 1 000 personnes)
1	197 703	151 471	766
2	174 952	143 962	823
3	172 180	140 632	817
4	50 693	73 258	1 445
5	28 281	27 324	966
6	79 891	65 839	824
7	46 082	42 090	913
<b>Total</b>	<b>749 782</b>	<b>644 576</b>	<b>766</b>

Source : Rapport annuel du système d'information de gestion (SIG) du Nouveau-Brunswick (2007–2008)

Ces données représentent le nombre de visites et non le nombre de personnes. Le système d'information hospitalière donne un aperçu préliminaire des modes

d'accès aux salles d'urgence. Les taux d'utilisation relativement faibles des cabinets de médecine familiale et des cliniques ouvertes après les heures normales qui apparaissent à la figure 10 pour la zone 4 pourraient être partiellement justifiés par les chiffres de la figure 14, où on constate que cette zone affiche le plus haut pourcentage de visites à l'urgence. Ces données comprennent probablement plusieurs visites par la même personne. Il est intéressant de noter que le plus faible taux d'utilisation des salles d'urgence est affiché par la zone 1. Le taux le plus bas est dans la zone 1, ce qui peut être lié au taux plus élevé de fréquentation des cliniques ouvertes après les heures normales, qui y ont été créées par les médecins des salles d'urgence. Les zones 4, 5 et 6 présentent toutes un pourcentage élevé d'omnipraticiens travaillant principalement dans des salles d'urgence (figure 1) comparativement aux autres zones; cela pourrait également expliquer en partie ces taux d'utilisation plus élevés.

Il semblerait que les cliniques ouvertes après les heures normales et les salles d'urgence jouent un rôle essentiel pour répondre aux besoins en matière de soins de santé primaires, et ce, tant des personnes qui fréquentent un cabinet de médecin que des patients orphelins. Il importe de mieux comprendre leur rôle et de se doter de données sur les médecins de famille salariés de manière à pouvoir mieux planifier les services de santé offerts à la population.

### **Profil des centres de santé communautaires, des centres de santé et de Télé-Soins**

Les centres de santé communautaires, où des soins sont offerts par des équipes interdisciplinaires, représentent un modèle de prestation dont on reconnaît largement le potentiel d'amélioration de l'accès et de gestion des temps d'attente. En 2007, on comptait environ 22 médecins de famille travaillant dans sept CSC. Un de ces centres peut être qualifié d'hybride, puisqu'un omnipraticien rémunéré à l'acte y évolue. Dans les six autres CSC, les médecins de famille sont salariés. Ceux-ci ne présentent pas de factures pro forma, ce qui nous empêche de faire une comparaison avec les données de l'Assurance-maladie. S'il est impossible d'obtenir des données sur le nombre de patients ayant uniquement consulté un médecin de famille, on peut toutefois déterminer le nombre de personnes qui ont accédé à des soins dans un CSC. Dans la zone 1 par exemple, 1 568 patients se sont rendus dans un CSC. On a compté 2 411 visites prévues chez un omnipraticien du centre, et 337 visites sans rendez-vous. Pour les 1 568 personnes qui sont venues, on ne peut cependant déterminer la répartition relative des visites entre les membres de l'équipe de soins. Parmi les gens qui ont effectué des visites sans rendez-vous, on ne sait pas non plus combien considéraient le médecin qu'ils ont vu comme leur médecin de famille.

**Figure 15 : Profil de la clientèle et des visites aux CSC**

Zone	Clients servis	Visites avec rendez-vous	Visites sans rendez-vous
1	1 568	2 411	337
2	6 685	19 848	0
3	10 240	16 697	8 587
5	9 330	3 537	16 259
6	7 025	3 687	14 054

Source : Rapport annuel du SIG du Nouveau-Brunswick (2007–2008)

Les CSC se sont dotés de dossiers médicaux électroniques, mais seule une quantité limitée de données sont conservées à un emplacement central. Les données des centres de Miramichi centre et de Caraquet n'ont pas été incluses dans la figure 15, parce que les omnipraticiens qui y évoluaient étaient payés à l'acte, et les chiffres les concernant seraient comptés avec ceux liés aux omnipraticiens rémunérés de la même façon dans un contexte de cabinet. L'activité de la clinique Gibson a été calculée avec l'activité des CSC de la zone 3. La notion de « clients servis » n'englobe pas nécessairement que les patients ayant consulté un médecin de famille, mais bien toutes les personnes qui ont reçu des soins dans un CSC. Il est toutefois raisonnable de présumer que la grande majorité de ces personnes ont vu un omnipraticien. Le nombre de visites prévues et imprévues correspond plus ou moins à la quantité de services offerts. Les visites imprévues sont celles faites à la clinique sans rendez-vous.

Les données relatives aux centres de santé et aux milieux d'exercice de la profession en collaboration ont été fusionnées aux fins de l'analyse des services aux familles, après les heures normales d'ouverture et d'urgence. S'il pourrait être profitable d'en savoir plus sur ces milieux professionnels, le simple fait de savoir qu'ils existent et qu'on peut en tirer parti constitue déjà un avantage.

## **Télé-Soins**

Le Nouveau-Brunswick a reconnu dès le milieu des années 90 qu'il fallait améliorer l'accès aux soins de santé primaires. Télé-Soins et d'autres lignes d'information sur la santé sont offertes dans toute la province dans les deux langues officielles, sans frais et 24 heures par jour, sept jours par semaine, depuis février 1997. Le service est à l'heure actuelle géré par le ministère de la Santé avec l'aide d'un tiers fournisseur de service, soit la société Sykes. Cette dernière emploie des infirmières qui ont

de l'expérience en matière de soins d'urgence ou ambulatoires. Ces infirmières s'appuient sur des lignes directrices cliniques normalisées et informatisées pour cerner rapidement les besoins des appelants, évaluer la gravité de leurs symptômes et leur fournir des renseignements et des conseils, tout en les aiguillant au besoin vers les ressources appropriées.

Au cours de l'exercice 2007-2008, Télé-Soins a répondu aux appels de 64 000 Néo-Brunswickois et a fourni des conseils à l'égard de plus de 87 000 problèmes de santé. La figure 16 décrit le nombre d'appels par type de service résultant.

**Figure 16 : Appels reçus à Télé-Soins par type de service résultant**

911/envois d'une ambulance	5,1 %
Services communautaires	0,5 %
Service d'urgence — selon les lignes directrices	17,0 %
Service d'urgence — sans les lignes directrices	2,8 %
Autres	0,3 %
Autres fournisseurs de soins de santé	1,2 %
Pharmacies	0,5 %
Aiguillages vers un médecin de famille	37,8 %
Soins autonomes	32,7 %
Aucun précisé	1,7 %

Source : Service Télé-Soins du Nouveau-Brunswick (2007)

Ces chiffres indiquent qu'un ménage sur cinq a utilisé ce service au Nouveau-Brunswick. Les plus grandes utilisatrices sont les femmes en âge d'avoir des enfants, qui ont effectué 22 pour cent des appels concernant des enfants de moins de cinq ans, et huit pour cent des appels concernant des bébés de moins d'un an. La province examine actuellement la possibilité d'utiliser Télé-Soins comme guichet unique pour les patients qui recherchent un médecin de famille.

## **Les infirmières praticiennes et les soins de santé de primaires**

Au début de 2000, le Nouveau-Brunswick a intégré la profession d'infirmière praticienne en partenariat avec des groupes intéressés, notamment l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB), la Société médicale du

Nouveau-Brunswick (SMNB) et l'Université du Nouveau-Brunswick. Ces infirmières avaient déjà été reconnues dans d'autres administrations comme principales agentes de la réforme des soins de santé primaires. Grâce à leur champ d'exercice élargi leur permettant non seulement d'évaluer des patients, mais aussi de diagnostiquer et de traiter des maladies, de même qu'à leurs compétences en promotion du mieux-être, en santé de la population et en amélioration des services à la collectivité, elles étaient bien préparées à jouer un rôle majeur dans l'évolution du réseau de soins de santé primaires au sein de la province. Les premières infirmières praticiennes ont été embauchées en 2004; trois ans plus tard, on en comptait 39 évoluant dans divers contextes professionnels. La figure 17 montre les divers établissements de soins et zones où elles travaillaient en 2007-2008.

**Figure 17 : Milieux d'exercice des infirmières praticiennes en 2007-2008**

Cinq centres de santé communautaires	Zones 1, 2, 3, 5 et 6
Douze hôpitaux	Zones 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7
Quatre centres de santé	Zones 2 et 6
Deux établissements psychiatriques	Zones 2
Un centre de santé mentale communautaire	Zone 7
Un bureau de santé publique	Zone 1
Un bureau extramural	Zone 1
Un centre d'exercice de la profession en collaboration	Zone 6

Source : BDRH du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

Les infirmières praticiennes font dorénavant partie intégrante des équipes de soins du réseau des centres de santé communautaires. En 2007-2008, le SIG indiquait qu'elles y avaient reçu 11 565 visites de patients dans le cadre des centres de santé communautaires.

## Résumé de la situation actuelle

En ce qui a trait à l'accès, on reconnaît le médecin de famille comme le principal prestataire de soins de santé primaires. En 2007, ce sont les jeunes familles qui ont éprouvé le plus de difficulté à obtenir ce type de soins. Les cliniques ouvertes après les heures normales semblent cependant combler un besoin important auprès de ces familles en leur donnant accès les soirs et les fins de semaine. Les aînés de leur côté semblent disposer souvent d'un médecin de famille qui, pour gérer leurs maladies chroniques concomitantes, exige des visites plus fréquentes. Il serait utile

de mieux comprendre l'importance des salles d'urgence dans la prestation des soins de santé primaires. Il serait également important d'avoir une source de données économiques, cliniques et relatives à la consommation des soins qui pourraient servir à comparer divers contextes de soins de santé primaires, comme les centres de santé communautaires, les centres de santé, les salles d'urgence, les cabinets et les cliniques ouvertes après les heures normales. La province a par ailleurs été l'une des premières à adopter de nouvelles technologies et s'est dotée d'un système de Télé-Soins intégré qui semble être une ressource importante pour les mères de jeunes enfants.

En 2007, on estime que 80 pour cent de la population du Nouveau-Brunswick a accédé à un médecin de famille par l'intermédiaire de cabinets privés, de cliniques ouvertes après les heures normales ou de centres de santé communautaires. Une analyse comparative de la consommation des soins prodigués en cabinets et en cliniques ouvertes après les heures normales fait ressortir d'importantes différences au chapitre des modes d'accès par zones et groupes d'âge. En moyenne, on comptait un omnipraticien pour chaque tranche de 1 559 personnes. Ce chiffre ne tient cependant pas compte du nombre d'heures de travail des médecins, ni des endroits où ils exerçaient. On a ensuite cherché à mieux comprendre l'accès aux cabinets et aux cliniques ouvertes après les heures normales. De manière générale, environ 70 pour cent de la population a consulté un médecin dans un cabinet. Les adultes d'âge moyen ou plus vieux ont été ceux qui en ont le plus profité, en consommant près de 60 pour cent des soins offerts dans ce contexte. Les personnes âgées ont aussi été celles qui affichent le plus grand nombre de visites par patient. Les cliniques ouvertes après les heures normales ont pour leur part été utilisées par approximativement 16 pour cent de la population. Ce sont les adolescents et les jeunes adultes qui y ont eu recours le plus souvent, et qui ont consommé le plus fort pourcentage des soins offerts dans ce contexte. Généralement, les patients ont consulté leur médecin de famille deux fois plus souvent en cabinets qu'en cliniques ouvertes après les heures normales. On a en outre constaté des différences considérables d'une zone à l'autre au chapitre de l'accès aux cliniques. En effet, les zones 1 et 7 présentaient des taux d'utilisation considérablement plus élevés que les autres (ces taux étaient principalement attribuables à l'achalandage des jeunes adultes). On a aussi réalisé une analyse croisée des cabinets et des cliniques ouvertes après les heures normales afin de cerner les patients qui n'accédaient qu'à ces dernières. Il semble qu'il y ait une cohorte plus importante d'utilisateurs pour lesquels on ne détient aucune donnée probante indiquant s'ils disposent d'un médecin de famille. On présume donc qu'ils pourraient être des patients orphelins. Dans le bassin d'utilisateurs de cliniques ouvertes après les heures normales n'ayant pas d'omnipraticien, les jeunes familles sont surreprésentées. La combinaison « omnipraticien/lieux principaux d'exercice » pourrait fortement influencer les modes d'accès. Par exemple, dans la zone 5, 58 pour cent des omnipraticiens travaillaient

principalement en salle d'urgence. Ce pourcentage est beaucoup plus élevé que dans le reste de la province. Lorsqu'on analyse les soins de santé primaires dans cette zone, seulement 41 pour cent de la population estimée avait obtenu des soins de santé dans un cabinet ou une clinique ouverte après les heures normales, comparativement aux autres zones où ce pourcentage se situait entre 70 et 77 pour cent. Cette zone a également le deuxième taux le plus élevé de visites à l'urgence par la population estimée. Dans la réalité, les patients se rendaient tout simplement là où étaient les médecins. Le rapport du nombre de médecins de famille par population desservie était le plus bas dans la zone 1, même si la quantité de patients orphelins et le recours aux cliniques ouvertes après les heures normales y étaient élevés. Cela mérite une étude plus approfondie.

La récente introduction des infirmières praticiennes a produit des résultats prometteurs. Bien qu'on en compte encore relativement peu, elles sont acceptées dans de plus en plus de contextes d'exercice d'un bout à l'autre de la province. Dans les centres de santé communautaires, elles ont considérablement amélioré l'accès pour leurs populations de patients.

## Accès : situation visée

En matière de soins de santé primaires, on met davantage l'accent sur les ressources communautaires que sur les hôpitaux; c'est le médecin de famille qui assure le continuum des soins primaires, de même que les liaisons entre les organismes communautaires et les établissements hospitaliers. Les patients gagneraient à avoir un meilleur accès aux services de dépistage, de promotion de la santé et de soutien à l'autogestion.<sup>45</sup> La plupart des provinces adoptent donc des mesures incitatives en matière de facturation à l'acte, pour favoriser l'amélioration de la gestion des maladies chroniques. Divers travaux de recherche indiquent en effet que les patients qui requièrent plus de soins, comme ceux atteints de telles maladies, étaient notablement mieux soignés et engendraient un fardeau économique moindre pour le système de santé quand ils étaient rattachés à un omnipraticien des soins de santé primaires.<sup>46</sup>

Les ententes salariales peuvent être un facteur important dans la détermination des combinaisons requises pour la prestation de soins de santé primaires. Les discussions sur la rémunération doivent également tenir compte des « types » de service assurables ou facturables. À l'heure actuelle, les activités de prévention, comme les examens périodiques de santé, ne sont pas assurées, et ce, même s'il est bien établi que le diagnostic précoce et le counseling permettent d'améliorer les résultats de

---

45. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/ChronicConditions>

46. Institut canadien d'information sur la santé (juillet 2009), Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_fr.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_fr.pdf)

santé. Cette constatation doit être reconnue et intégrée au modèle de rémunération afin que les omnipraticiens soient soutenus et encouragés à offrir un agencement optimal de ce genre de services.

L'omnipraticien est traditionnellement responsable des soins de santé primaires. Cela comprend l'évaluation, le diagnostic et le traitement des patients, ainsi que leur aiguillage vers d'autres niveaux de soins ou d'autres types de services au besoin. Les médecins de famille signalent que, pour la plupart des gens, le système de soins de santé va rarement au-delà de ces services de base.<sup>47</sup>

Ce processus « d'aiguillage » reflète l'isolement relatif des omnipraticiens évoluant dans des cabinets. S'ils agissent comme premiers intervenants et assurent l'accès à d'autres fournisseurs de soins, ils reçoivent peu de soutien immédiat pour la gestion des besoins en matière de soins de santé primaires de leurs patients.

Certains services ont été créés, comme dans le cas des cliniques d'enseignement sur le diabète (CED), mais ces services sont souvent offerts dans de grands hôpitaux tertiaires durant les heures normales d'ouverture. De plus, ces services affichent souvent des taux de défection élevés. Ils doivent être offerts plus près des résidences des patients, et en dehors des heures normales afin de ne pas entrer en conflit avec le travail de ces derniers. À titre d'exemple, les séances d'information sur le diabète pourraient avoir lieu le soir ou la fin de semaine, ou encore être offertes dans des formats émergents, comme les modules d'autoapprentissage en ligne. Il faudrait également se doter de programmes coordonnés pour la prévention et la détection précoce des maladies chroniques. Le modèle conceptuel de gestion de ces maladies doit en outre être élargi de manière à intégrer les troubles mentaux et les dépendances.

L'atteinte d'un équilibre entre le travail et les besoins personnels des fournisseurs de soins est un facteur important pour assurer la durabilité des ressources humaines. Le modèle traditionnel du médecin de campagne sur appel à toute heure du jour et de la nuit n'est pas viable. Au fil du temps, les médecins de famille ont mis diverses solutions à l'essai, comme les groupes de pratique, afin de s'assurer que leurs patients ont accès à des soins en continu. Même s'il existe certains renseignements sur l'utilisation des soins de santé primaires, le manque de données de surveillance complètes, portant notamment sur les temps d'attente, nuit gravement à la capacité tant de comprendre quels sont les lacunes et les défis à relever, que de pouvoir élaborer des solutions pouvant être évaluées de manière à déterminer si les enjeux ont été résolus.

Des données préliminaires sur les soins de santé primaires ont permis de cerner plusieurs secteurs qui mériteraient des enquêtes plus approfondies. Le CCSSP

47. Collège des médecins de famille du Canada (avril 2008), p. 12

encourage fortement une surveillance détaillée et continue de l'accès à ces soins au moyen de ce qu'on pourrait appeler un « tableau indicateur ». L'information qu'on pourrait ainsi obtenir offrirait le potentiel d'établir des jalons critiques pour des initiatives d'amélioration continue de la qualité.

La construction d'hôpitaux ruraux a permis à de plus grandes équipes de fournir les soins essentiels dans des salles d'urgence. Aujourd'hui, on reconnaît que ces dernières ne sont pas un lieu approprié pour offrir des soins de santé primaires et qu'en fait, la centralisation des soins tertiaires crée des problèmes d'accessibilité pour les populations rurales. L'introduction de cliniques ouvertes après les heures normales et de services comme Télé-Soins constitue une solution partielle. Les Néo-Brunswickois continuent cependant d'avoir de la difficulté à obtenir des soins en continu. Il semble notamment que les jeunes familles sont plus grandes utilisatrices tant des cliniques ouvertes après les heures normales que de Télé-Soins. Cet état de choses pourrait être attribuable à l'impossibilité de trouver un médecin de famille ou d'obtenir soit un rendez-vous, soit de l'information après les heures normales de travail. Des approches novatrices, faisant appel à des équipes, à de nouveaux mécanismes de financement et à la technologie, sont requises pour créer un réseau durable de soins de santé primaires accessibles, disponibles, adéquats et abordables pour les Néo-Brunswickois.

Il faudra aussi élaborer de nouvelles approches pour composer avec cet enjeu de plus en plus criant qu'est le vieillissement accéléré de la population. La structure sociale a beaucoup changé et plusieurs personnes âgées n'ont plus accès aux réseaux de soutien formés par leurs enfants et leur famille. On note en outre des lacunes au chapitre du milieu bâti et des résidences où ces personnes pourraient demeurer indépendantes avec un certain degré d'assistance. Les hôpitaux sont devenus des points de service implicites pour les personnes âgées plus fragiles qui attendent une place dans des établissements de soins de longue durée. Les modèles de services pourraient notamment inclure une personnalisation du milieu bâti de manière donner accès à des résidences dotées d'équipes de soins de santé sur place. De leur côté, les technologies de télésanté pourraient aider à améliorer l'accès aux soins en permettant d'effectuer des visites « virtuelles » au domicile des personnes âgées, ce qui aurait pour effet d'amenuiser les obstacles liés à la distance ou aux problèmes de mobilité. Si des percées ont été faites dans la formation de personnel de soins à domicile, il y a toujours d'importantes lacunes et des possibilités d'améliorer encore plus l'accès aux services de travailleurs fiables, qualifiés et abordables. Or, ces solutions ne peuvent relever exclusivement de l'équipe de soins de santé; elles doivent engager la participation de tous les secteurs du gouvernement. Un des principaux partenaires sera le ministère du Développement social.

De nombreuses anecdotes illustrent les défis que plusieurs familles doivent relever pour se rendre à des rendez-vous de santé en tenant compte de facteurs géographiques, financiers ou culturels. Il faudra donc formuler des stratégies coordonnées pour assurer l'accès à des moyens de transport en commun abordables, accessibles et disponibles. On devra faire en sorte que toutes les familles puissent satisfaire leurs besoins élémentaires, comme se loger adéquatement, se nourrir et obtenir les autres nécessités de la vie, tout en ayant les moyens de payer les articles liés à leur santé, comme les médicaments sur ordonnance, les fournitures de soins et les dispositifs d'aide aux activités quotidiennes. Nous devons résoudre le dilemme auquel font face les travailleurs pauvres qui n'ont souvent pas d'assurance privée ou qui sont mal couverts par leurs régimes d'assurance-maladie. Comme on l'a fait ailleurs en matière de services de santé, le Nouveau-Brunswick devra tenir compte dans sa planification des réalités urbaines/rurales, ainsi que de la diversité culturelle des populations francophones, anglophones, autochtones ou autres qui occupent son territoire.

***Le CCSSP a cerné les améliorations qu'il faudra apporter d'ici les cinq prochaines années au chapitre de l'accès aux soins pour les Néo-Brunswickois. En voici la liste :***

- il faut faire en sorte que tous les Néo-Brunswickois aient accès à un médecin de famille;
- tous les citoyens doivent être en mesure de consulter le « bon » fournisseur de soins au « bon » endroit, au « bon » moment et au « bon » prix — autrement dit, chacun doit avoir « accès à des soins de santé disponibles, accessibles, adéquats et abordables »;
- les services en santé mentale doivent être reconnus comme une importante composante des soins de santé primaires, de manière à pouvoir composer avec la prise de conscience croissante à l'égard du fardeau des soins liés à la santé mentale;
- les gens doivent savoir où et comment accéder au système de santé;
- les patients doivent être appuyés dans leur expérience tout au long du continuum, des soins primaires jusqu'aux soins tertiaires, et des installations communautaires jusqu'aux grands établissements de santé;
- des mécanismes de surveillance doivent être mis en place pour évaluer régulièrement les soins de santé primaires au moyen d'un « tableau indicateur » du niveau d'accès, de manière à favoriser l'établissement de jalons et l'amélioration continue de la qualité.

## Pilier 2 — Équipes de soins : la situation actuelle

Il existe de nombreux exemples d'équipes de soins officielles ou officieuses au Nouveau-Brunswick. Dans quelques collectivités, les omnipraticiens ont notamment tissé des liens informels de soutien avec d'autres fournisseurs de services au sein du réseau hospitalier ou du secteur privé. Si cela est certainement utile, ce soutien s'exprime principalement sous forme d'aiguillages qui traduisent une approche plus parallèle qu'intégrée.

Les équipes « officielles », formées de professionnels provenant d'un vaste éventail de milieux, y compris les centres de santé communautaires, les centres de santé mentale communautaires, les centres de santé, des programmes extramurales, ainsi que les organismes de soins primaires ou de santé publique, assurent la prestation de programmes et de services exceptionnels et novateurs partout dans la province. Nous avons profité de l'occasion qui nous était fournie pour signaler quelques initiatives qui illustrent la qualité du travail d'équipe qu'on trouve déjà au Nouveau-Brunswick, et pour souligner l'importance de tirer parti du talent et de l'expertise qui existent dans la province. En voici quelques exemples.

- Des équipes interdisciplinaires habituellement formées de psychologues, d'infirmières, de travailleurs sociaux et de personnel auxiliaire, comme des conseillers en services sociaux et en valorisation du travail, évoluent dans les 14 centres de santé mentale communautaires et leurs cliniques satellites pour répondre aux besoins en santé mentale des populations qu'elles desservent.
- On compte 20 centres de santé qui n'employaient autrefois que des infirmières et des médecins, mais qui se dotent maintenant d'autres fournisseurs, comme des diététistes et des médecins spécialistes. Ces centres ont été introduits en 1975 dans les collectivités rurales, en guise de stratégie visant à attirer et à conserver les médecins de famille.
- En 2003, la province a créé les premiers centres de santé communautaires, reconnaissant davantage l'importance et la valeur des équipes de soins de santé. Les équipes interdisciplinaires qui y évoluent se composent normalement d'infirmières, de médecins de famille, de diététistes, de travailleurs sociaux et de thérapeutes en réadaptation.
- En janvier 2010, 51 infirmières praticiennes étaient employées par les régies régionales de la santé dans divers contextes d'exercice, y compris des cliniques d'exercice de la profession en collaboration avec des médecins d'un bout à l'autre de la province.
- Depuis le début des années 90, le personnel de la santé publique, en collaboration avec le ministère du Développement social, le ministère de l'Éducation et des partenaires communautaires, travaille à la mise en œuvre de programmes et de services axés sur les enfants et la famille.

- Le réseau hospitalier a aussi créé des équipes officielles pour des initiatives comme les centres d'enseignement du diabète et les programmes de réadaptation. Dans les centres d'enseignement du diabète par exemple, un petit groupe normalement formé d'infirmières et de diététistes est disponible pour conseiller les clients aiguillés par les omnipraticiens.
- Le Programme extra-mural dispose également d'une équipe interdisciplinaire qui offre des soins à domicile aux patients du Nouveau-Brunswick, le plus souvent à la suite de l'aiguillage direct d'un omnipraticien. Cette équipe comprend notamment des infirmières, des inhalothérapeutes, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des travailleurs sociaux, qui ont fait en sorte que le Programme extra-mural soit reconnu partout au Canada comme étant un modèle exemplaire de prestation de soins communautaires.

On trouve dans la documentation actuelle plusieurs exemples où le travail d'équipe a permis d'améliorer l'efficacité et l'efficacité du système de santé. Le Group Health Centre de Sault Ste. Marie continue d'être une chef de file dans le domaine, en mettant de l'avant des approches d'équipe couronnées de succès.<sup>48</sup> Le projet Tabor, faisant maintenant partie du Chinook Primary Care Network, en Alberta, est un exemple récent de la façon dont les médecins de famille assurant des soins primaires ont transformé leur pratique pour inclure une approche d'équipe. Ces omnipraticiens ont ainsi été en mesure d'offrir des soins plus complets et ont fait en sorte que la population puisse accéder aux soins de santé primaires en tout temps. Cette façon de faire s'est traduite par une meilleure utilisation des pratiques exemplaires en gestion de l'asthme, ce qui a permis de réduire les admissions à l'hôpital et les visites à l'urgence, d'effectuer un suivi plus serré de l'hémoglobine glycatée et de mieux dépister les cancers du sein et colorectaux.<sup>49</sup>

---

48. Group Health Centre, <http://www.ghc.on.ca/programs/content.html?SID=30>

49. Communication personnelle du Dr R. Wedell (septembre 2008).

## Travail en équipe : situation visée

Le Nouveau-Brunswick doit créer des réseaux de soins de santé primaires, tout en élaborant des modèles de prestation novateurs qui feront en sorte que tous les citoyens aient accès à un médecin de famille soutenu par une équipe interdisciplinaire. Les omnipraticiens du secteur privé affirment en effet qu'une collaboration avec divers professionnels de la santé complémentaires serait avantageuse tant pour les patients que pour le système de santé dans son ensemble.<sup>50</sup> On peut notamment penser aux diététistes, qui sont formés et équipés pour aider les patients qui doivent adopter de meilleures habitudes alimentaires. En présence de tels intervenants, les patients sont en mesure d'obtenir tout le soutien voulu en temps opportun, et les membres de l'équipe peuvent collaborer de manière à adopter des plans de soins systématiques et cohérents. Cette efficacité accrue ferait en sorte que les omnipraticiens puissent partager la responsabilité des soins avec d'autres fournisseurs, leur permettant du même coup de voir un plus grand nombre de patients, ce qui avantagerait la population dans son ensemble.

Le travail d'équipe changera le contexte des soins de santé primaires et servira de cadre pour améliorer la qualité des services, l'accès à ces derniers, de même que la santé et le mieux-être de la population en général.

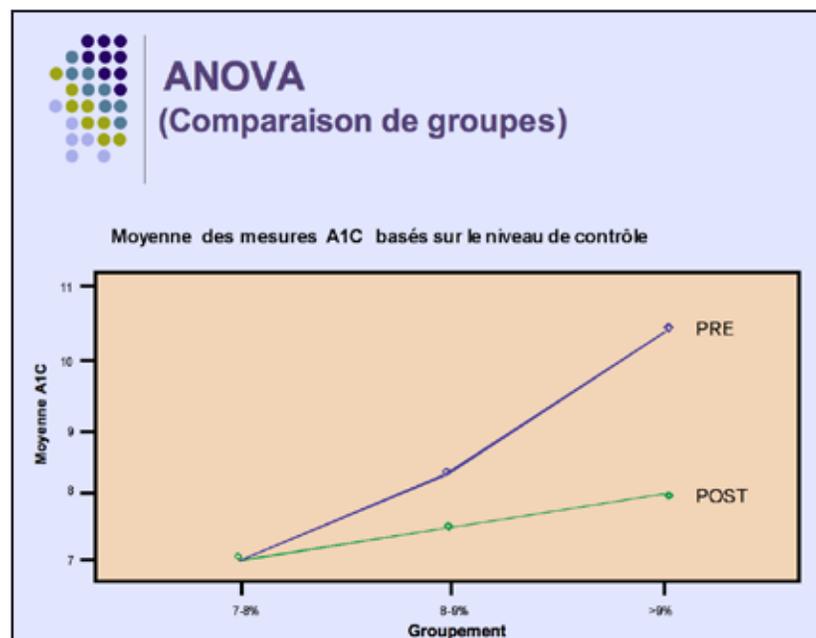
Cela changera notre façon de fonctionner. Une collaboration axée sur la personne est au cœur du travail d'équipe. Les activités sont ainsi coordonnées de manière à assurer l'exhaustivité et la continuité des soins offerts aux patients. Dans un contexte de prestation de soins en collaboration, les besoins sont pris en charge par une équipe de travailleurs de la santé et sont comblés par le fournisseur approprié.

---

50. Collège des médecins de famille du Canada (octobre 2009), Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada : Concept du Medical Home, [http://www.cfpc.ca/local/files/CME/FMF\\_2009/news/Medical%20Home%20paper%20FINAL%20FRENCH%20\(Oct%2029\).pdf](http://www.cfpc.ca/local/files/CME/FMF_2009/news/Medical%20Home%20paper%20FINAL%20FRENCH%20(Oct%2029).pdf)

## Les questionnaires de cas améliorent les résultats!

Depuis 2005, une infirmière-éducatrice en matière de diabète voit régulièrement des patients sélectionnés par des médecins de famille évoluant dans plus de 34 cabinets privés. En général, ces consultations comprennent un survol du dossier, une évaluation du patient, une formation pour ce dernier et la formulation de recommandations au médecin au sujet d'éventuelles modifications aux traitements ou d'aiguillages possibles. En 2008, on a compté 1 049 de ces consultations.



L'endocrinologue locale affirme qu'elle ne croule plus sous les demandes de transition à l'insuline pour les patients atteints de diabète de type 2. Les médecins sont également satisfaits, et sont d'avis que leurs patients profitent de la collaboration étroite qui existe au sein de leur guichet médical.

L'indicateur-témoin utilisé dans la gestion globale du diabète est le taux d'hémoglobine Hgb A1C, dont un seuil de 7 pour cent est généralement accepté comme déclencheur de traitement glycémique. Une étude ponctuelle a permis de déterminer que chez 465 patients, on avait constaté une baisse de ce taux de 0,774 pour cent ( $p < 0,0001$ ), ce qui suggère une amélioration notable au chapitre de la gestion globale des patients.

Pour en savoir plus, prière de communiquer avec P. Ryder, de la zone 1SE.

Les équipes de soins de santé primaires devront s'efforcer d'aider les patients à gérer leurs problèmes de santé et à optimiser leur mieux-être. Le Collège des médecins de famille du Canada (2007) attribue au médecin de famille le rôle principal de coordonner les soins aux patients, de maintenir la continuité de ces soins et de s'assurer qu'ils sont complets et accessibles. En effet, il pourrait se révéler plus efficace d'élargir les fonctions actuelles des omnipraticiens de simples « fournisseurs de soins de santé primaires » à « gestionnaires de la santé et du mieux-être des patients ». Dans ce nouveau rôle, les médecins pourraient être appelés à diriger et à surveiller les soins offerts par une équipe, à appuyer des initiatives visant les déterminants de la santé et à limiter les facteurs de risque, ainsi qu'à motiver et à éduquer les patients qui veulent changer leur mode de vie. Dans d'autres modèles, le coordonnateur des soins pourrait être le fournisseur détenant le plus d'information sur le patient, ou être celui choisi par ce dernier. Ce qui importe, c'est de faire en sorte que quelqu'un soit responsable de s'assurer que les gens reçoivent les bons soins, au bon moment et au bon endroit. Comme l'a précisé un des membres du CCSSP, ce ne sont pas les équipes en tant qu'entités qui doivent être tenues responsables, mais bien les personnes qui les composent.

Les équipes interdisciplinaires auront besoin d'établir des liens avec les collectivités, où existent d'autres programmes susceptibles de rehausser les plans de traitement des patients. On peut notamment penser à des ressources comme les groupes d'aide et de soutien, les centres d'exercices physiques, etc. L'établissement de telles relations par l'intermédiaire d'interactions avec les organisations non gouvernementales, les organismes de santé, les groupes consultatifs communautaires, les décideurs, etc. sera essentiel pour répondre aux besoins élargis de la population en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé. Il faudra également déterminer comment solliciter la participation d'autres intervenants et miser sur leurs forces pour améliorer la prestation des soins de santé primaires. Les fournisseurs de « services de santé » ne sont qu'une composante du réseau; la création de systèmes durables exigera l'adoption de stratégies communautaires globales aptes à promouvoir la santé et le mieux-être au sein des collectivités.

Toutefois, les changements ne se font généralement pas sans heurts. Beaucoup de leçons ont pu être tirées de projets-pilotes exigeant la mise en place d'équipes dans un contexte de soins de santé primaires. Cette transformation devra être soutenue par une stratégie de gestion solide apte à développer les compétences requises pour mettre sur pied des modes de pratique positifs. Toutes les organisations professionnelles se dotent de critères pour déterminer quand et comment leurs services seront offerts, le cas échéant. Bien entendu, pour qu'une équipe soit efficace, il faut comprendre la façon de fonctionner des différents membres et d'appuyer le développement d'aptitudes en collaboration. Certains fournisseurs devront être

convaincus que le fonctionnement en équipe est plus avantageux que leur manière actuelle de procéder. Les membres des équipes devront comprendre, valoriser et respecter les compétences de leurs collègues et avoir confiance en elles.

Les équipes devraient être organisées de manière à favoriser la formation professionnelle de nouveaux praticiens et à fournir des lieux de préceptorat en prestation de soins de santé primaires. Cela aiderait à faire en sorte que les étudiants soient exposés à ce type de services, leur donnant du même coup l'occasion de développer des compétences en travail d'équipe. On faciliterait en outre le recrutement des diplômés dans ce type de contextes.

Il faudra toutefois clarifier la notion d'équipe en définissant la manière de les former, en expliquant la valeur relative du travail « sur place » par rapport aux interactions « virtuelles » et en précisant les mécanismes de gouvernance et de gestion des activités quotidiennes. Les avantages et les inconvénients de chaque modèle pourraient devoir être déterminés au cas par cas, en tenant compte des caractéristiques du milieu de travail, comme l'espace disponible, le principal bassin de population et la prévalence des maladies chroniques.

Le passage au travail d'équipe exigera de la clairvoyance, un leadership engagé et l'appui d'habiles promoteurs. Un solide soutien administratif et une bonne intendance seront aussi nécessaires. Il sera également important d'obtenir les ressources requises — temps, argent, possibilités de formation et professionnels — pour appuyer la création et la prestation des services et pour assurer un accès équitable dans la province, sur les plans tant géographique que culturel. Nous recommandons l'adoption d'un plan de mise en œuvre graduelle, soit l'élaboration de petits projets de changement qui pourront ensuite être mis à l'essai, modifiés et appliqués ailleurs.

Le changement de structure des régions régionales de la santé du Nouveau-Brunswick fournit l'occasion de mettre les soins de santé primaires de l'avant, d'en augmenter l'efficacité et de les utiliser comme ajout — et non comme remplacement — à la prestation traditionnelle des services médicaux. Le CCSSP soutient le rôle de postes de haut niveau (p. ex. vice-président Santé communautaire/soins de santé primaires) au sein de chacune des deux nouvelles régions. Les personnes choisies devraient avoir pour mandat de coordonner toutes les activités de soins de santé primaires dans les zones desservies. On pourrait ainsi assurer une approche intégrée, en établissant des ponts tout le long du continuum de soins.

***Le CCSSP a cerné les améliorations qu'il faudra apporter d'ici les cinq prochaines années au chapitre des équipes de soins de santé primaires pour les Néo-Brunswickois. En voici la liste :***

- on doit inculquer aux professionnels de la santé en cours de formation une philosophie du travail en équipes multidisciplinaires;
- un mécanisme soutenu par les régies régionales de la santé doit être mis en place pour aider les professionnels de la santé complémentaires à s'intégrer au sein d'un réseau de soins de santé primaires;
- on doit prévoir des soutiens organisationnels et éducatifs aptes à favoriser la création d'équipes, y compris au chapitre de la gestion continue;
- les rôles que les fournisseurs jouent en fonction de leurs compétences doivent être bien compris, et il doit y avoir un niveau élevé de confiance et de respect entre les divers membres des équipes;
- les chaînes hiérarchiques doivent être clairement comprises et intégrées dans le fonctionnement des équipes;
- les fournisseurs de soins de santé primaires doivent offrir des services complets, que ce soit à l'hôpital, sur appel, dans le cabinet, en clinique ou à domicile;
- des partenariats efficaces doivent être établis entre les équipes multidisciplinaires, les organisations non gouvernementales et les collectivités.

## Pilier 3 — Renseignements opportuns : la situation actuelle

Actuellement, les fournisseurs de soins de santé primaires fondent la prestation de leurs services sur une variété de sources d'information. Les médecins de famille ont généralement un dossier papier, qui contient les notes sur les examens cliniques et les visites précédentes. Les cabinets privés de médecine familiale sont généralement en mesure d'établir des liens avec leur régie régionale de la santé ou l'hôpital local afin d'accéder aux données de laboratoire conservées dans le dépôt. Bien que toutes les zones possèdent une base électronique contenant les renseignements sur les patients, ces données ne passent pas d'une zone à l'autre. Dans la zone 6, leur transmission exige beaucoup de temps, et ce, même dans le cas des établissements desservis. Cela peut entraîner des retards ou des erreurs au chapitre du diagnostic ou du traitement des patients, ou encore un dédoublement inutile de tests et d'investigations. Le Nouveau-Brunswick s'est engagé à créer un registre électronique provincial des données sur les patients qui serait accessible de partout où ces derniers se présentent pour obtenir des soins. Ce registre est en cours de mise au point et devrait être partiellement fonctionnel d'ici l'an prochain.

Si diverses portes permettent aux patients d'accéder au système de santé, la communication ou l'échange de données entre points de services se révèle être un problème courant. On trouve ci-dessous une description détaillée des cliniques sans rendez-vous, de Télé-Soins et des centres de santé communautaires, en soulignant les processus complexes qui sous-tendent le partage des renseignements entre ces différents contextes.

**Cliniques ouvertes après les heures normales** — *Les cliniques sans rendez-vous sont devenues un moyen rapide de consulter un médecin. Si elles comblent une lacune, il est difficile pour les omnipraticiens qui travaillent après les heures normales de bien gérer leur clientèle sans l'appui d'antécédents médicaux. Il est également difficile pour les omnipraticiens d'évaluer l'état de santé de leurs patients réguliers sans connaître les traitements reçus dans des cliniques ouvertes après les heures normales. Métaphoriquement, les cliniques sans rendez-vous sont associées à des « services au volant », sans suivi.*

**Télé-Soins** — *On se préoccupe souvent du manque de communication entre le service Télé-Soins et les médecins de famille. Auparavant, c'est à ces derniers qu'on demandait conseil; ils connaissaient donc les préoccupations de leurs patients et tout ce qu'on leur avait dit sur le plan médical. Bien que la population soit encouragée à utiliser Télé-Soins, il n'existe aucun mécanisme d'enregistrement des appels et des recommandations formulées, et ces renseignements ne sont jamais envoyés aux omnipraticiens. Sur le plan anecdotique, les médecins affirment en outre que les patients mentionnent rarement qu'ils ont fait appel à ce service.*

**Centres de santé communautaires (CSC)** — *La majorité des CSC disposent d'une « clinique sans rendez-vous ». Les citoyens non inscrits peuvent accéder à cette clinique, de même qu'à tous les autres services offerts par l'équipe de soins en place, comme ceux d'une diététiste, d'une infirmière, etc. Si les communications au sein de l'équipe elle-même sont facilitées par un dossier électronique, il y a peu de mécanismes permettant de communiquer avec les fournisseurs qui ne sont pas directement liés au CSC.*

La province met actuellement en œuvre un programme de surveillance de certains médicaments contrôlés dans le cadre d'une stratégie visant à gérer le problème croissant de la dépendance aux opiacés. Un système de contrôle et de suivi sera mis en place pour vérifier la prescription de narcotiques sous ordonnance et informer les omnipraticiens à cet égard.

Les dossiers médicaux électroniques ont fait l'objet de discussions continues au sein de la collectivité médicale. Une étude effectuée par le Commonwealth Fund en 2009<sup>51</sup> indique que seulement 37 pour cent des omnipraticiens en soins de santé primaires au Canada utilisent de tels dossiers sous une forme ou une autre, soit le taux le plus faible parmi tous les pays visés. Un sondage réalisé par la Société médicale du Nouveau-Brunswick en 2005 a quant à lui permis de déterminer que 39 pour cent des médecins interrogés utilisaient des ordinateurs pour fixer leurs rendez-vous, et que 26 pour cent d'entre eux disposaient de dossiers médicaux électroniques. Ce sondage portait sur l'usage de la technologie en général, et pouvait inclure des médecins de famille qui ne l'utilisaient qu'aux fins de facturation et d'établissement d'horaires. Par ailleurs, on ne sait pas combien d'omnipraticiens se sont procuré un logiciel de dossier médical électronique. Seuls les centres de santé communautaires ont été dotés du dossier médical électronique Purkinje, qui est le seul à avoir une interface avec le système d'information hospitalière.

Le Système de prestation de services aux clients (SPSC) et le Système de statistiques régionales sur les dépendances (SSRD, ou RASS) ont été mis en place, mais n'ont pas d'interface avec le système d'information hospitalière non plus, et leurs données ne sont transmises ni à l'échelle provinciale, ni à l'échelle nationale à l'ICIS. Tous ces systèmes sont hébergés séparément. Il n'existe en outre aucun organisme central responsable de ces systèmes d'information. Les problèmes liés à l'obtention d'information sur les patients dans des registres électroniques sans interface et ne

---

51. C. Schoen et coll., The Commonwealth Fund (5 novembre 2009), A Survey of Primary Care Physicians in Eleven Countries: Perspectives on Care, Costs, and Experiences, 2009, Health Affairs Web Exclusive, p. 1171–1183, <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/In-the-Literature/2009/Nov/A-Survey-of-Primary-Care-Physicians.aspx>

partageant ni un ensemble commun ni une définition normalisée des données apparaissent évidents. Le fait que les dossiers de patient puissent exister à plusieurs endroits n'ayant aucun lien les uns avec les autres et n'offrant pas de portail commun illustre bien les défis qu'il faudra relever pour gérer les soins dans un environnement électronique. Ces problèmes sont par ailleurs exacerbés par la coexistence de dossiers papier.

Quels sont les coûts de ces lacunes de communication pour les patients? Le D<sup>r</sup> Alvarez, président et chef de la direction d'Inforoute santé du Canada, a présenté les faits suivants :

- sur 1 000 hospitalisations, 75 ont donné lieu à un événement iatrogène médicamenteux;
- sur 1 000 patients qui ont eu recours à des soins ambulatoires, 20 ont subi un événement iatrogène médicamenteux grave;
- sur 1 000 patients qui ont obtenu leur congé de l'hôpital, 90 ont subi un événement iatrogène médicamenteux grave;
- sur 1 000 tests de laboratoire qui ont été effectués, jusqu'à 150 ont été inutiles (fourchette entre 50 et 150);
- sur 1 000 patients qui se sont rendus à l'urgence, 320 ont dû prolonger leur visite de 1,2 heure en moyenne;
- sur 1 000 Canadiens à qui on a recommandé de se protéger contre la grippe, entre 370 et 430 n'ont pas été vaccinés.<sup>52</sup>

Il importe de comprendre l'activité au sein du système de santé et à l'échelle de la santé de la population. Comme on l'a indiqué plus tôt dans la section sur l'accès, il n'existe encore aucun système de surveillance des soins de santé primaires. Même s'il y a beaucoup de renseignements disponibles, l'absence de normes au chapitre des jeux de données minimaux, des définitions, des outils de recherche, des ententes de confidentialité avec les patients, etc. est un obstacle majeur. Le fait qu'on n'ait pas désigné d'organisme central responsable du stockage et de la gestion de ces renseignements constitue un obstacle de plus, parce qu'on ne peut développer le mandat ou l'expertise nécessaire pour une situation d'une telle complexité. Il devient donc difficile de savoir ce qui se passe au sein du système de santé, d'évaluer les programmes d'amélioration de la qualité ou encore de cerner les secteurs d'excellence ou laissant à désirer.

---

52. R. Alvarez, E-health in Canada, Transforming health care and fostering innovation, présentation au MS du Nouveau-Brunswick, Fredericton (N.-B.), 11 mars 2009

## Renseignements opportuns : situation visée

Il paraît évident qu'il faudra mettre au point des processus efficaces et efficaces pour la communication de renseignements entre tous les intervenants, et établir des processus de tenue de documents aptes à créer des dossiers de santé cumulatifs. Aux fins de planification et d'amélioration continue, on devra aussi pouvoir compter sur des renseignements valides et fiables à l'égard des mécanismes de prestation.

Il importe en effet de pouvoir accéder à des données crédibles en temps opportun pour offrir des soins efficaces et permettre aux fournisseurs de collaborer entre eux. Les communications efficaces au niveau organisationnel et interpersonnel sont au cœur d'une collaboration interdisciplinaire productive dans le domaine des soins de santé.<sup>53</sup>

Le CCSSP a défini plusieurs sources et types de données susceptibles de fournir des renseignements indispensables pour soutenir le renouvellement et la réorganisation continue du système de soins de santé primaires. Pour offrir des services efficaces et adéquats, il est en effet essentiel de disposer de données fiables et complètes à partir desquelles il sera possible de prendre des décisions éclairées. Ces données aideront :

1. à suivre la manière dont les gens utilisent le système;
2. à déterminer où et pourquoi on trouve des obstacles;
3. à relever les lacunes en matière de services et à montrer comment les ressources sont réparties.

Le comité recommande l'accès aux types de données suivants :

- un tableau indicateur pour comprendre les types et fréquences de prestation de soins de santé primaires par fournisseurs de services de manière à orienter l'amélioration continue de la qualité;
- des comparaisons de coûts pour déterminer les répercussions de l'utilisation aux divers points de services, particulièrement celles sur le recours aux urgences — par exemple, les visites aux urgences ont-elles diminué à la suite de la création des cliniques ouvertes après les heures normales de Télé-Soins ou des centres de santé communautaires;
- des renseignements sur les pratiques en matière de prescription de médicaments (p. ex., les antibiotiques) aux divers points d'accès;
- de l'information qui permettrait de déterminer où il y a double emploi (en raison des divers points d'accès) au sein du système;

---

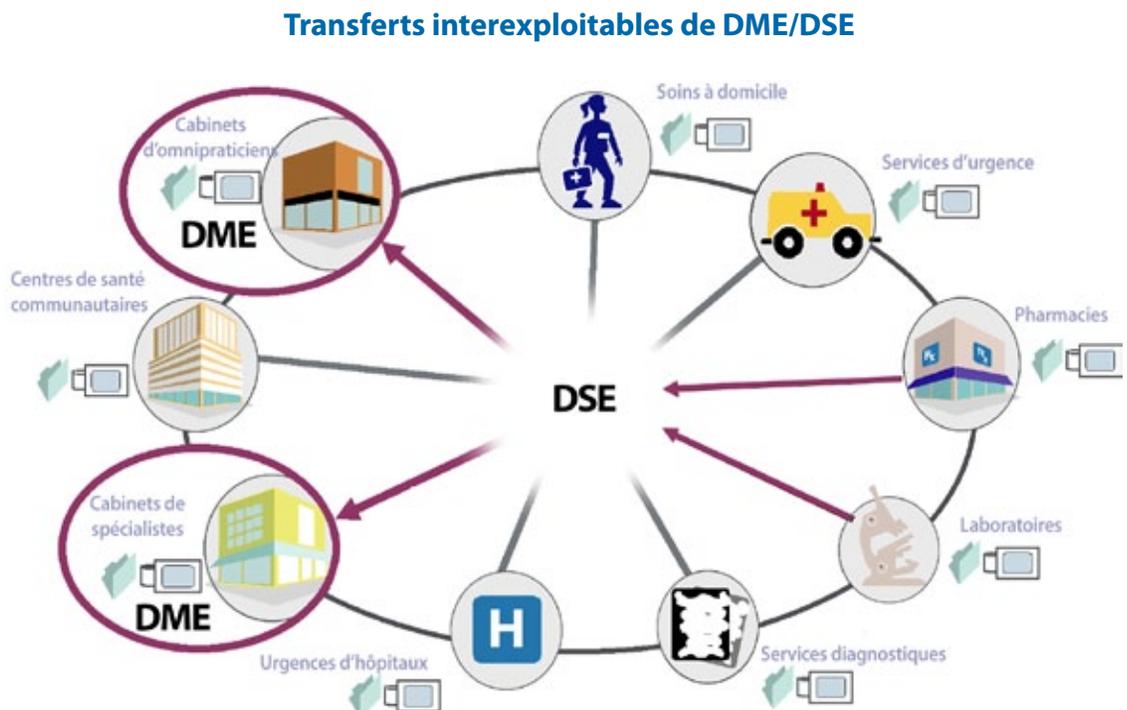
53. Initiative ACIS (2005), Principes et cadre de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires.

- des données permettant de montrer où il y a des obstacles et des lacunes qui empêchent l'accès à une plus grande diversité de fournisseurs de services susceptibles d'influencer les résultats en santé, notamment le personnel chargé des soins à domicile, les travailleurs en santé mentale, les fournisseurs de services sociaux, etc.

Ces données devraient être complètement intégrées dans un système d'information électronique. Des outils technologiques de communication, comme les courriels, Internet, ainsi que les plus récents réseaux de dossiers de santé électroniques (DSE) et de dossiers médicaux électroniques (DME), contribueront à améliorer les soins et à les rendre plus efficaces. Le schéma suivant illustre sommairement comment les dossiers électroniques permettront de saisir et de distribuer l'information.

Par l'intermédiaire de ce système, l'information sera plus à jour, les décisions s'appuieront sur des données accessibles et les renseignements seront plus faciles à partager entre fournisseurs de soins. Pour éviter le double emploi, les communications virtuelles doivent être intégrées dans les structures technologiques actuelles, et pour assurer la qualité des services, les réseaux doivent être fiables, éprouvés, souples et faciles d'accès. La figure suivante, tirée de l'Inforoute santé du Canada, résume les avantages et les inconvénients des dossiers de santé électroniques ainsi que les coûts prévus et les avantages à l'échelle du pays.

## Partage de données et de documents



Richard Alvarez (11 mars 2009), Inforoute Santé du Canada, présentation au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

**Figure 18 : Valeur et avantages des technologies d'information sur la santé**

Accès	Qualité	Productivité
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction du temps d'attente pour les services d'imagerie diagnostique.</li> <li>• Amélioration de l'accès aux services de santé communautaires.</li> <li>• Réduction du temps de déplacement et des coûts d'accès aux services pour le patient.</li> <li>• Participation accrue du patient aux soins à domicile.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de l'interprétation des résultats de diagnostic et de laboratoire.</li> <li>• Réduction des effets indésirables des médicaments.</li> <li>• Réduction des erreurs de prescription.</li> <li>• Vitesse et exactitude accrues du dépistage des éclosions de maladie infectieuse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès accru aux renseignements intégrés du patient.</li> <li>• Réduction du nombre de tests et de prescriptions en double.</li> <li>• Réduction des rappels au médecin de famille concernant les prescriptions.</li> <li>• Réduction des frais de déplacement du patient et du prestataire.</li> </ul>
<p><b>Investissements : de 10 à 12 milliards de dollars</b>  <b>Économies : de 6 à 7 milliards de dollars ANNUELLEMENT</b></p>		

La province est en train de mettre sur pied le système « Un patient, un dossier » (UPUD). Ce registre axé sur le patient constituera un guichet unique pour tous les fournisseurs de soins de santé autorisés, qui pourront consulter les dossiers de santé virtuels de partout et en tout temps. Des normes permettront d'assurer que les données sont uniformes et comparables partout dans la province et que les systèmes fragmentés et dispersés dans la province sont liés entre eux.

Il nous faut finir ce que nous avons commencé. Il faudra donc aborder les questions de sécurité et de protection des renseignements personnels, d'élaboration de normes, de gestion du changement, de ressourcement et de gestion des attentes. Une solide stratégie de gestion sera requise pour résoudre les questions relatives à l'adhésion des cliniciens, à l'engagement des patients et à la protection des renseignements personnels, pour atténuer les préoccupations d'ordre juridique des zones, pour promouvoir l'interopérabilité des dossiers médicaux électroniques et pour démontrer de façon continue les avantages de ces systèmes en faisant fond sur leur fonctionnalité.

Nous devons aller de l'avant et mettre en place les systèmes de dossiers médicaux électroniques dans les hôpitaux et cabinets de médecine familiale. Nous devons créer des solutions à l'intention de la population, comme les portails pour les patients, afin de favoriser l'autogestion de la santé, et en matière de gestion des maladies chroniques. Nous devons miser sur nos acquis en adoptant des approches graduelles.

Il y a à l'heure actuelle beaucoup de travaux en cours pour améliorer la gestion du diabète aux échelles locale, nationale et internationale. Il est raisonnable de se servir du diabète comme base de création d'une stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques dans leur ensemble, de manière à pouvoir miser sur les réussites antérieures des initiatives touchant cette maladie. Par exemple, les travaux du Nova Scotia Diabetes Care Program en ce qui concerne la normalisation de l'information, l'utilisation du registre de données, ainsi que la surveillance et l'évaluation continues, pourraient être appliqués au Nouveau-Brunswick. Cela permettrait de créer des mécanismes aptes à optimiser la lutte contre le diabète et à réduire le fardeau de la maladie, tant pour ceux qui en souffrent que pour le système de santé dans son ensemble.

Pour que la notion de dossier médical électronique soit intégrée, il est essentiel d'obtenir un financement ciblé, de créer des mesures incitatives ou de faciliter l'accès aux données. Ces dossiers médicaux électroniques sont une composante indispensable à la mise au point d'un système de soins de santé primaires aussi efficace qu'efficace. Si on veut atteindre l'objectif ambitieux qu'est l'adoption des dossiers médicaux électroniques par 50 pour cent des médecins de famille, il faudra soutenir ces derniers sur les plans financiers et opérationnels tout au long de la période de transition.

***Le CCSSP a cerné les améliorations qu'il faudra apporter d'ici les cinq prochaines années au chapitre des renseignements opportuns au Nouveau-Brunswick. En voici la liste :***

- les fournisseurs de soins et les planificateurs en santé doivent être soutenus par de solides systèmes d'information et par des ressources humaines adéquates;
- cinquante pour cent des médecins de famille doivent utiliser des dossiers médicaux électroniques reliés au système Un patient, un dossier;
- la télésanté (cybersanté) doit appuyer la prestation de soins de santé communautaires, en misant sur des technologies et des systèmes conçus et mis en œuvre pour répondre aux besoins des utilisateurs;
- le système Un patient, un dossier doit être entièrement fonctionnel;
- les professionnels de la santé (particulièrement ceux des régions rurales) doivent reconnaître les avantages du réseau virtuel et l'utiliser afin que les données sur les services offerts aux patients et leurs résultats soient reliées électroniquement et bien coordonnées;
- le réseau virtuel doit favoriser une approche axée sur la santé de la population, c.-à-d. que le système doit être relié aux organismes évoluant dans les domaines du mieux-être, des services sociaux et de l'éducation, ainsi qu'aux fournisseurs de services médicaux et aux professionnels de la santé complémentaires;

- 
- le réseau virtuel doit faire en sorte que les professionnels de la santé complémentaires; ne soient pas forcés de loger à la même adresse;
  - un système d'information (portail) doit être créé et être accompagné de définitions de données claires et uniformes qui permettent le suivi de l'information, l'évaluation et l'examen du rendement de tous les éléments du système de soins de santé (utilisation, pressions sur les points d'accès, résultats des aiguillages, etc.).

## Pilier 4 — Mode de vie sain : la situation actuelle

La promotion d'un mode de vie sain s'effectue par l'entremise de bon nombre de ministères, de programmes et de services. Pour sa part, le ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport favorise l'amélioration de la santé publique en tenant à jour et en coordonnant une stratégie en la matière. Créée en 2006, la première version de cette stratégie visait à promouvoir la collaboration et à fournir le soutien requis pour rehausser le mieux-être de la population. Récemment, le ministère a publié le document intitulé *Vivre bien, être bien : la stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick, 2009-2013*. On y trouve un plan quadriennal qui se fonde sur les ouvrages précédents. Ce plan répond aux besoins cernés, comble les lacunes de ses prédécesseurs et mise sur de nouvelles possibilités et tendances. La nouvelle stratégie fixe les objectifs généraux pour tous les Néo-Brunswickois : améliorer la résilience et la santé psychologique, accroître les niveaux d'activité physique, augmenter le pourcentage de personnes qui s'alimentent bien et accroître le taux de population qui vit sans tabac. Le plan d'action qui l'accompagne décrit les approches préconisées pour les écoles, les collectivités, les foyers et les milieux de travail, tout en nommant de nombreux partenaires dans chacun de ces domaines. Il présente également des activités liées à la surveillance, à l'évaluation et à la recherche qui sont dotées d'indicateurs permettant de mesurer les progrès réalisés vers l'atteinte des quatre objectifs formulés.

La promotion d'un mode de vie sain passe aussi par de nombreux programmes et initiatives en santé publique. Le programme Initiatives pour la petite enfance comprend des services prénatals qui favorisent des grossesses en santé et des services postnatals qui contribuent au développement sain des enfants de la naissance à cinq ans. De son côté, le programme Apprenants en santé à l'école vise à mettre au point et à soutenir des activités aptes à promouvoir le mieux-être sur les plans tant physique qu'affectif et social. Ce programme vise en outre à prévenir les maladies et les blessures, à appuyer des décisions et des comportements favorables susceptibles de durer toute la vie et à encourager la réussite scolaire. Le Programme de santé sexuelle mise quant à lui sur une approche globale pour améliorer la santé sexuelle des jeunes au Nouveau-Brunswick et en favoriser le maintien. D'autres initiatives ont pour but de prévenir par vaccination et de traiter les maladies transmissibles au sein de la population de la province.

Relevant du Bureau du médecin hygiéniste en chef, la Direction de la protection de la santé voit au bon fonctionnement de programmes visant la sécurité des aliments, la qualité de l'eau, la salubrité locale (y compris l'évacuation des eaux usées), la santé au sein des établissements, la lutte contre les maladies transmissibles et l'application de la *Loi sur les endroits sans fumée*. Ses activités d'inspection, d'application de la

réglementation, d'octroi de permis et de surveillance favorisent un environnement pur, encouragent des modes de vie sains et réduisent l'incidence de maladies dans la province.

D'autres initiatives appuyées par la province sont Talk with Me - Parle-moi (promotion de l'alphabétisation chez les enfants), le Programme de vie saine et active (à l'intention des personnes âgées) et Mes choix - ma santé (promotion de l'autogestion pour les personnes souffrant d'une maladie chronique).

La promotion de modes de vie sains a aussi l'avantage de réduire l'incidence et la prévalence des maladies chroniques, qui représentent actuellement un défi de taille pour le système de santé.<sup>54</sup> Dans une étude en particulier, on estime que 40 pour cent de ces maladies pourraient pourtant être prévenues. Des recherches en épidémiologie indiquent pour leur part que 25 pour cent de tous les coûts médicaux sont attribuables à un petit nombre de facteurs de risque, comme le tabagisme, l'obésité, le manque d'activité physique et la mauvaise nutrition<sup>55</sup>. Un document de l'Organisation mondiale de la santé intitulé *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non communicable Diseases* indique que jusqu'à 80 pour cent des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et des diabètes de type 2, de même que plus du tiers des cancers, pourraient être prévenus en éliminant des facteurs de risque communs, soit, essentiellement, le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'inactivité physique et la consommation abusive d'alcool.<sup>56</sup>

---

54. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (2006), *Stratégie globale de gestion des maladies chroniques au Nouveau-Brunswick*.

55. Ron Goetzel, éd., « The Financial Impact of Health Promotion », *American Journal of Health Promotion*, vol. 15, n° 5 (mai/juin 2001).

56. OMS, *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*.

La figure suivante présente l'incidence des risques communs et évitables au Nouveau-Brunswick, en les comparant ceux trouvés dans le reste du Canada.

**Figure 19 : Facteurs de risque évitables**

Habitudes de vie/ risques pour la santé	N.-B.	Canada
Tabagisme (fumeurs actuels) <sup>57</sup>	21,2	19,2
Obésité (IMC > 30) <sup>58 59</sup>	20	14,9
Inactivité physique <sup>60</sup>	52,1	46,9
Consommation d'alcool <sup>61</sup>	73,8	79,3
Consommation insuffisante de fruits et de légumes <sup>62</sup>	33	38,8
Hypertension artérielle <sup>63</sup>	19,8	15,9

Dans l'ensemble, le Nouveau-Brunswick a pris des mesures pour apporter des améliorations au chapitre de ces facteurs de risque en sensibilisant les gens aux lacunes, en appuyant les initiatives sur les modes de vie sains dans les collectivités et en mettant en œuvre des programmes ayant des répercussions favorables sur le développement des jeunes enfants, le vieillissement en santé, l'éducation et le mieux-être.

### Mode de vie sain : situation visée

Dans sa stratégie sur le mieux-être, le gouvernement provincial envisage que les Néo-Brunswickois puissent atteindre et maintenir leur potentiel personnel de santé de manière à pouvoir contribuer à l'épanouissement de leur collectivité. Or, pour remporter ce pari, il importe d'engager des fonds dans l'atteinte d'un avenir en santé. Les investissements en ce sens doivent cependant s'appuyer sur des données probantes et des pratiques exemplaires pour bien promouvoir des modes et des milieux de vie sains.

57. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2007, [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/\\_ctums-esutc\\_2007/ann-table2-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2007/ann-table2-fra.php)

58. <http://www.gnb.ca/0391/pdf/HEALTHPerformanceIndicators2004-f.pdf> (page 36)

59. <http://www.gnb.ca/0391/pdf/HEALTHPerformanceIndicators2004-f.pdf> (page 36)

60. <http://www.gnb.ca/0391/pdf/HEALTHPerformanceIndicators2004-f.pdf> (page 34)

61. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2004), Enquête sur les toxicomanies au Canada, <http://www.ccsa.ca/2005%20CCSA%20Documents/ccsa-004029-2005.pdf>

62. Communication personnelle de Marlien McKay, Mieux-être, Culture et Sport (Statistique Canada, ESCC, cycle 3.1, dossier de sous-échantillon, 2006).

63. Source : Statistique Canada, ESCC cycle 4,1, 2007

Pour améliorer la santé de la population, la stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick aborde la question de ses déterminants en se fondant sur des données probantes. Le mieux-être des Néo-Brunswickois est influencé par les interactions entre facteurs socio-économiques, le milieu physique et les comportements individuels. L'amélioration continue de la santé de la population nécessite qu'on collabore à une approche ciblée. Les initiatives en ce sens se veulent pluridimensionnelles, en s'attaquant aux causes profondes des divers problèmes, en tenant compte des vulnérabilités de sous-populations données, ainsi qu'en misant sur la coopération, l'engagement et les partenariats communautaires dans un vaste éventail de secteurs. On considère en outre que le leadership et la participation aux échelles locale, régionale et provinciale sont des ingrédients essentiels au mieux-être collectif. Il importe en effet de reconnaître que tous peuvent jouer un rôle actif en contribuant à l'amélioration de la santé dans les foyers, les collectivités, les écoles et les milieux de travail de la province.

Depuis mars 2009, le ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport, en collaboration avec la Coalition pour une saine alimentation et l'activité physique au Nouveau-Brunswick (CSAAP), a introduit un modèle exhaustif de développement communautaire prenant la forme de réseaux régionaux du mieux-être. Bâti en s'appuyant sur des bases factuelles, ils visent à favoriser les mesures de collaboration et l'atteinte des objectifs de la stratégie nationale. Ces réseaux sont des initiatives locales officielles ou officieuses qui rassemblent des meneurs de divers secteurs appelés à examiner des questions liées au mieux-être. Parce qu'ils se fondent sur des partenariats transparents et mutuellement bénéfiques, ils aident énormément à organiser les efforts des collectivités en ce sens. On compte actuellement neuf réseaux régionaux cherchant à former des infrastructures viables et coordonnées pour mieux sensibiliser la population, pour transférer des connaissances entre intervenants et décideurs et pour augmenter la participation dans des initiatives liées au mieux-être. Pour réaliser des objectifs optimaux, les mécanismes de prévention primaire devraient être étendus de manière à répondre aux besoins des Néo-Brunswickois où ils vivent, travaillent, apprennent et se divertissent.

Assurer la sécurité des Néo-Brunswickois à la maison, au travail, à l'école et dans leurs lieux de divertissement constitue un défi de santé publique connexe. En effet, les blessures non intentionnelles sont souvent décrites comme étant une épidémie cachée résultant d'accidents comme les chutes et les collisions de véhicules automobiles. En 2007, ces blessures ont coûté plus de 266 vies et 388 millions de dollars au Nouveau-Brunswick.<sup>64</sup> La même année, la santé, le mieux-être et la qualité de vie d'au-delà de 75 000 autres Néo-Brunswickois ont été perturbés par des traumatismes aussi prévisibles qu'évitables. La prévention des blessures non intentionnelles est l'affaire de tout le monde; il faut faire en sorte que les

64. Ministère de la Sécurité publique du Nouveau-Brunswick, rapport annuel du bureau du coroner en chef (2007)

citoyens en fassent une priorité. La première étape sera d'élaborer une stratégie coordonnée à l'échelle provinciale se fondant sur la participation et des partenariats communautaires et visant tous les groupes d'âge.

En complémentarité, on pourrait également mettre au point une stratégie de recherche sur la prévention des maladies chroniques, de manière à pouvoir élaborer un plan d'action fondé sur le principe de rendement sur les sommes et les efforts engagés. Cette approche fera en sorte que les investissements puissent toujours prévenir (et réduire) les troubles liés aux mauvaises habitudes de vie, ce qui se traduirait par des économies substantielles au chapitre des coûts de la santé.

*EMPCare@home est le nom d'un projet de télésoins à domicile mis sur pied afin de déterminer si une combinaison de tels soins, d'interventions opportunes du personnel et de sensibilisation accrue des patients pourrait améliorer la qualité des démarches en habilitant les prestataires/prestataires et en faisant en sorte que les fournisseurs puissent accéder à des données cliniques en temps voulu. Les signes vitaux sont ainsi envoyés par téléphone vers un logiciel spécialisé qui alerte rapidement des cliniciens (par l'intermédiaire du triage et du chromocodage de données) en cas de dépassement des paramètres, ce qui permet d'établir rapidement les priorités d'intervention. Ce projet a permis de briser le cycle de visites à l'urgence et de réadmissions dans les hôpitaux.*

Il faut toutefois se rendre à l'évidence : de nombreux Néo-Brunswickois devront apprendre à vivre avec une maladie chronique. Il importe donc que les gens deviennent des participants actifs dans leurs régimes de soins et dans la gestion de leur état. En 2006, l'Association canadienne de soins et services à domicile a déclaré que le service de télésoins EMPCare@home était un programme viable, remarquable et exceptionnel qui avait amélioré la qualité de vie de patients de manière tangible et vérifiable.<sup>65</sup>

L'autonomie en matière de santé exige non seulement des connaissances et de l'éducation, mais également un milieu favorable, de la motivation, du jugement et la volonté d'accepter la responsabilité de son propre état. Certaines approches ont été conçues pour aider les personnes réceptives à élaborer leur propre plan de soins, ce qui devrait leur permettre de demeurer dans la collectivité plus longtemps sans visites à l'urgence ni hospitalisations. À long terme, cet accent mis sur l'autogestion peut réduire les listes d'attente dans les hôpitaux et autres établissements et libérer des ressources financières et humaines qui pourront être utilisées ailleurs dans le

65. <http://www.cdnhomocare.ca/media.php?mid=1694>

système de santé. Nous devons continuer de mettre au point des ressources et d'établir des liens avec d'autres organismes communautaires susceptibles d'aider les Néo-Brunswickois à gérer leur santé en toute confiance.

***Le CCSSP a cerné les améliorations qu'il faudra apporter d'ici les cinq prochaines années au chapitre du mode de vie sain pour les Néo-Brunswickois. En voici la liste :***

- le public doit comprendre les facteurs sociaux et biologiques qui contribuent à la bonne santé (déterminants) et prendre des décisions en se fondant sur ces facteurs;
- on doit établir des jalons de santé et suivre l'amélioration continue de l'état de la population; un « tableau de bord équilibré » doit être rendu public d'une manière désignée;
- la promotion d'un mode de vie sain doit faire partie du programme de tous les ministères gouvernementaux, qui devront se doter de stratégies d'action qui comprennent la prévention primaire, la prévention des blessures et la promotion de la santé;
- le gouvernement doit soutenir la création de collectivités saines par l'adoption de lois et de règlements assertifs comme le port obligatoire du casque, les interdictions de fumer ou de jouer, la limitation de l'usage du sel, la proscription de l'usage de téléphones cellulaires dans les véhicules, etc.;
- les patients doivent savoir établir des priorités et participer à l'établissement d'objectifs concernant leur santé et leur mieux-être;
- on doit faire en sorte que les patients soient satisfaits de la formation et de l'éducation qu'ils reçoivent en matière d'autogestion de leurs maladies chroniques de façon à éviter l'escalade inutile des symptômes;
- le mode de vie sain doit être reconnu comme le point d'ancrage pour l'élaboration d'un système de soins de santé primaires et doit être soutenu en milieu scolaire.



## SECTION 4

# Recommandations

À la section 3, on a examiné les composantes de base qui soutiennent les soins de santé primaires et on a cerné les caractéristiques d'un système vigoureux et durable. Cette information a été soigneusement considérée pour mettre au point une feuille de route en ce sens. Les lignes directrices proposées sont relativement simples; elles visent à orienter la province dans la bonne direction tout en la dotant de toute la souplesse voulue pour effectuer des ajustements en cours de route. Notre recommandation globale est soutenue par 12 actions.

**Tous les Néo-Brunswickois doivent avoir accès à une équipe de médecine familiale, qui pourra leur fournir des soins de santé primaires personnalisés, exhaustifs et coordonnés.**

- 1. Faire en sorte que tous les Néo-Brunswickois aient accès à un médecin de famille.**
- 2. Mettre sur pied des équipes de médecine familiale dotées au minimum d'un omnipraticien, d'une infirmière ou d'une infirmière praticienne et d'un personnel de soutien administratif appelés à constituer un « guichet médical » pour leurs populations de patients.**
- 3. Mettre au point des méthodologies et des infrastructures pour fournir aux équipes de médecine familiale des renseignements de base sur les besoins en matière de soins (groupe témoin en matière de pratique), de même que sur les données de référence et les jalons relatifs à la santé de la collectivité dans son ensemble.**
- 4. Créer un modèle de dotation susceptible de permettre l'expansion des équipes de médecine familiale par l'ajout de professionnels de la santé complémentaires de manière à optimiser la prestation des services à la population de patients desservis par le « guichet médical ».**
- 5. Explorer et examiner d'autres modèles de paye et de rémunération de façon à attirer et à conserver des professionnels compétents au sein des équipes de médecine familiale.**

6. Créer des modèles de financement aptes à favoriser l'adoption de dossiers médicaux électroniques qui répondront aux besoins en matière d'information des équipes de médecine familiale.
7. Mettre sur pied un programme de formation continue interprofessionnelle à l'échelle provinciale qui permettra aux équipes de médecine familiale de développer les compétences cognitives, comportementales et attitudinales requises pour fonctionner de façon optimale au sein de contextes d'exercice de la profession en collaboration.
8. Faire en sorte que les lieux d'exercice des équipes de médecine familiale procurent des occasions de stages cliniques interprofessionnels.
9. Perpétuer et étendre les modèles de financement aptes à favoriser l'adoption de technologies de « télésanté » qui permettraient aux patients de recevoir le plus large éventail de soins possible depuis leur « guichet médical ».
10. Mettre au point des mécanismes visant à faire en sorte que les « dirigeants communautaires » et les « équipes de médecine familiale » se rencontrent régulièrement et collaborent sur des questions qui touchent la santé de la population.
11. Élaborer des plans directeurs et d'action qui orienteront le déploiement des équipes de médecine familiale partout dans la province, en décrivant notamment les processus de gouvernance, de responsabilisation et de reddition de comptes liant les « guichets médicaux », les régies régionales de la santé et le ministère de la Santé.
12. Promouvoir sur les plans financiers et autres la prévention en première ligne des maladies et des blessures, les modes de vie sains et la qualité des milieux résidentiels, communautaires, scolaires et professionnels.



## SECTION 5

# AVIS AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le mandat du comité était de mettre au point et en œuvre de nouveaux mécanismes pour améliorer l'accès aux soins de santé primaires et la prestation des services de « première ligne » aux Néo-Brunswickois. Le comité était plus précisément chargé de :

- *formuler des recommandations sur la façon de lier entre elles les différentes composantes du réseau de soins de santé primaires;*
- *élaborer des stratégies visant à appuyer l'expansion du réseau de soins de santé primaires;*
- *revoir et examiner les pratiques non efficaces au sein du réseau de soins de santé primaires, en recommandant des mesures correctrices.*

Le présent rapport décrit les principaux facteurs examinés dans le cadre de la préparation de ces recommandations.

Celles-ci sont organisées en fonction des quatre piliers qui appuient le modèle conceptuel des soins de santé primaires, soit l'accès, le travail en équipe, les renseignements opportuns et un mode de vie sain. Ces piliers ont servi de plan directeur pour les transformations requises en définissant les étapes nécessaires à la réalisation de jalons déterminés.

Pour offrir des soins de santé durables, nous devons travailler en équipe, à tous les paliers, des soins aux patients jusqu'à la gouvernance. Il incombe à tous les fournisseurs de soins d'inciter les particuliers et les collectivités à adopter des modes de vie sains, et de les aider à le faire. Il est en outre possible d'aider les personnes souffrant de maladies chroniques à gérer elles-mêmes leur état. On peut en effet les épauler en ce qui a trait à l'établissement d'objectifs personnels et atteignables en matière de santé; grâce à la formation et à l'appui offerts par les professionnels appropriés, elles pourront vivre une vie plus longue et active dans leur milieu, sans avoir recours au système hospitalier. Nous devons créer des équipes de soins de santé primaires qui offrent aux patients le bon soutien, par la bonne personne, au bon moment et au bon prix. Nous devons aussi miser sur la technologie pour évaluer les nouveaux modèles de prestation afin que les patients aient accès à l'information et aux services dont ils ont besoin. Il est possible d'améliorer les soins de santé primaires en assurant l'accès aux données sur les patients de manière à faciliter la planification de leurs soins. Les services de santé en général doivent être surveillés de

---

près de façon à permettre l'amélioration continue de la qualité et assurer que nous utilisons les ressources de façon optimale pour répondre aux besoins en matière de santé et de mieux-être.

Cette démarche exigera également qu'on investisse des sommes dans la réforme. Bien que la transformation des soins de santé primaires ait le potentiel de réduire les coûts et d'augmenter la durabilité du système, il est possible qu'elle engendre un dédoublement de services. Il faudra mettre au point, réaliser et évaluer de solides analyses de rentabilisation pour faire en sorte que cela ne se produise pas et que les mesures prises soient sensées.

De toute évidence, il faudra compter sur l'appui de décideurs de haut niveau pour planifier, mettre en œuvre, surveiller et évaluer l'évolution des soins de santé primaires dans la province. Le CCSSP souhaite continuer de travailler avec le gouvernement à la réalisation des prochaines étapes de ce plan ambitieux.

## Annexe 1

### Attributions du Comité consultatif sur les soins de santé primaires

#### **Mandat :**

Mettre au point et en œuvre de nouveaux mécanismes visant à améliorer l'accès aux soins de santé primaires (SSP) et la prestation de services de « première ligne » aux Néo-Brunswickois.

#### **Accent :**

Revoir les modèles de prestation des soins de santé primaires et faire des recommandations relatives à l'établissement de modèles accessibles et efficaces susceptibles de fonctionner partout dans la province.

#### **Produits livrables :**

1. Fournir un avis au ministère de la Santé sur tous les enjeux concernant les soins de santé primaires présentés au CCSSP.
2. Examiner le réseau de soins de santé primaires du Nouveau-Brunswick et faire des recommandations sur la façon de lier entre elles les différentes composantes du système.
3. Formuler des stratégies visant à appuyer l'expansion du réseau de soins de santé primaires.
4. Revoir et examiner les pratiques non efficaces au sein du réseau de soins de santé primaires et recommander des mesures correctrices.

#### **Durée du mandat :**

Le CCSSP a un mandat de quatre ans; son rôle sera revu à la fin de cette période.

## **Membres :**

- Un représentant des Services familiaux et communautaires.
- Un représentant de Mieux-être, Culture et Sport.
- Un représentant du Collège des médecins de famille du Nouveau-Brunswick.
- Deux représentants de la Société médicale du Nouveau-Brunswick.
- Un représentant de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick.
- Deux professionnels de la santé complémentaires des régies régionales de la santé.
- Deux représentants des RRS ayant des responsabilités en soins de santé primaires
- Des représentants du ministère de la Santé, soit le sous-ministre adjoint, un représentant d'Assurance-maladie, un représentant de Santé publique, un représentant de Dépendances et Santé mentale et un représentant de Liaisons avec les Autochtones.
- Des praticiens indépendants fournissant des soins de santé primaires, soit deux omnipraticiens et une infirmière praticienne nommés par le ministère de la Santé.
- Des particuliers peuvent être invités de façon spéciale pour faire des présentations au CCSSP sur des enjeux précis.

## **Coprésidents :**

D<sup>r</sup> Aurel Schofield, coordonnateur de la formation médicale francophone

M. Ken Ross, sous-ministre adjoint, Services de traitement des dépendances, de la santé mentale et des soins de santé primaires, ministère de la Santé

## **Soutien :**

Le ministère de la Santé offrira son soutien pour appuyer et faciliter les travaux du CCSSP.

## **Reddition de comptes :**

Le CCSSP rendra des comptes au sous-ministre du ministère de la Santé par l'intermédiaire de ses présidents.

Le 28 novembre 2007

## Annexe 2

### Liste des membres du Comité consultatif sur les soins de santé primaires

La liste ci-dessous est celle des membres actuels du CCSSP, en date du 1<sup>er</sup> novembre 2010.

<b>D<sup>r</sup> Aurel Schofield</b> (coprésident)	Vice-doyen adjoint Faculté de médecine Coordonnateur de la formation médicale francophone au Nouveau-Brunswick
<b>Ken Ross</b> (coprésident)	Sousministre adjoint Services de traitement des dépendances, de santé mentale et des soins de santé primaires Ministère de la Santé
<b>Bronwyn Davies</b>	Directrice, Soins de santé primaires Ministère de la Santé
<b>Geri Geldart</b>	Vice-présidente, Soins de santé primaires et soins infirmiers Réseau de santé Horizon
<b>Suzanne Robichaud</b>	Vice-présidente, Soins de santé primaires Réseau de santé Vitalité
<b>D<sup>r</sup> Robert Boulay</b>	Médecin de famille Service de médecine familiale Collège des médecins de famille du N.B.
<b>D<sup>r</sup> Brian Craig</b>	Chef du service de médecine familiale Réseau de santé Horizon, zone 2 Société médicale du Nouveau-Brunswick
<b>D<sup>r</sup> Eilish Cleary</b>	Médecin hygiéniste en chef Ministère de la Santé

<b>D<sup>r</sup> Carol Deveau</b>	Médecin de famille Réseau de santé Horizon
<b>Michelle Bourgoin</b>	Directrice, Mieux-être Ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport
<b>Doreen Légère</b>	Gestionnaire, Services thérapeutiques Réseau de santé Horizon
<b>Bill MacKenzie</b>	Directeur Politiques, affaires législatives et relations intergouvernementales Ministère du Développement social
<b>Michel Léger</b>	Directeur, Services aux médecins salariés Ministère de la Santé
<b>Thérèse Thompson</b>	Infirmière praticienne Réseau de santé Vitalité
<b>Jean Bustard</b>	Directrice, Programme extra-mural Ministère de la Santé
<b>Shauna Figler</b>	Consultante en pratique infirmière Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
<b>D<sup>r</sup> Mike Perley</b>	CCFP, FCFP, médecine familiale Société médicale du Nouveau-Brunswick
<b>D<sup>r</sup> Dawn Marie Martin</b>	Médecin de famille Société médicale du Nouveau-Brunswick



