

**FCRSS**  
FONDATION CANADIENNE DE LA  
RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ



**CHSRF**  
CANADIAN HEALTH SERVICES  
RESEARCH FOUNDATION

# RAPPORT SOMMAIRE : DISCUSSION SUR LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ DANS LA RÉGION DE L'ATLANTIQUE

[www.fcrss.ca](http://www.fcrss.ca)

**MAI 2011**

HALIFAX, NOUVELLE-ÉCOSSE

Ce rapport a été rédigé par :



pour le compte de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS).

Ce document est disponible à [www.fcrrs.ca](http://www.fcrrs.ca).

Le présent rapport de recherche est publié par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Financée dans le cadre d'une entente conclue avec le gouvernement du Canada, la FCRSS est un organisme indépendant et sans but lucratif qui a pour mandat de promouvoir l'utilisation des données probantes afin de renforcer l'offre de services destinés à améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes. Les opinions exprimées par les auteurs ne représentent pas nécessairement celles de la FCRSS ou du gouvernement du Canada.

*Rapport sommaire : Discussion sur la transformation du système de santé dans la région de l'atlantique* © Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2011.

Tous droits réservés. Cette publication peut être reproduite, en tout ou en partie, à des fins non commerciales seulement, à condition que le contenu original de la publication ou une partie de la publication ne soit pas modifié de quelque façon que ce soit sans la permission écrite de la FCRSS. Pour obtenir une telle autorisation, veuillez communiquer par courriel, à [info@fcrrs.ca](mailto:info@fcrrs.ca). Veuillez utiliser la formule de mention suivante : « Reproduit avec la permission de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, tous droits réservés, (année de publication du rapport). »

FCRSS  
1565, avenue Carling, bureau 700  
Ottawa, Ontario  
K1Z 8R1

Courriel : [info@chsr.ca](mailto:info@chsr.ca)  
Téléphone : 613-728-2238  
Télécopieur : 613-728-3527

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
1.1	Contexte.....	2
1.2	Objectifs .....	2
1.3	Profil des participants .....	3
<b>2</b>	<b>PRÉPARATION EN VUE DE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ.....</b>	<b>3</b>
2.1	Ouverture et attentes.....	3
2.2	Générateurs de coûts des services de santé.....	4
2.3	Thèmes pour la transformation du système de services de santé.....	4
<b>3</b>	<b>EXEMPLES DE TRANSFORMATION .....</b>	<b>6</b>
3.1	Eastern health.....	6
3.2	Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick.....	7
3.3	Discussion : Tirer leçon de l'expérience .....	8
<b>4</b>	<b>COLLABORATION POUR LA TRANSFORMATION .....</b>	<b>10</b>
4.1	Discussion en groupes.....	10
4.2	Discussion plénière.....	11
4.3	Que peut apporter la FCRSS? .....	12
<b>5</b>	<b>CLÔTURE.....</b>	<b>13</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>14</b>
	Annexe A : Liste des participants .....	14
	Annexe B : Programme .....	15

# 1 INTRODUCTION

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) a organisé une journée de discussion sur les politiques régionales à l'hôtel Marriott Harbourfront (Halifax, Nouvelle-Écosse), le lundi 9 mai 2011. L'événement a réuni des intervenants clés provenant des quatre provinces de l'Atlantique—notamment des hauts fonctionnaires et autres employés des ministères de la Santé et du Bien-être et des Affaires intergouvernementales, des employés de plusieurs régions sanitaires, ainsi que des universitaires et des chercheurs—afin de partager de l'information et des expériences et de promouvoir le dialogue sur la transformation des services de santé.

## 1.1 Contexte

L'échéance imminente du « Plan décennal pour consolider les soins de santé » provoquera sans doute une recrudescence d'attention et de discussions sur les meilleures façons d'assurer l'accès à des services de santé durables et de grande qualité pour les Canadiens et les Canadiennes. Dans ce sens, la FCRSS met sur pied une base de recherche solide et propose des choix politiques éclairés par les données probantes, tous deux liés aux secteurs prioritaires, notamment dans le cadre de la transformation des services de santé. En parallèle, la FCRSS reconnaît l'importance d'inclure les intervenants et les citoyens dans la conception et la prestation du système de santé, ainsi que dans leurs propres soins de santé, tout en préservant les mesures actuelles qui fonctionnent bien. Cet effort doit faire partie d'un programme plus vaste en matière de qualité et de rendement, lequel vise à optimiser l'utilisation des ressources dans tout le continuum des soins.

## 1.2 Objectifs

En organisant une discussion entre les intervenants clés de la région de l'Atlantique, la FCRSS entend promouvoir un dialogue sur les politiques touchant la transformation des services de santé afin d'éclairer la planification dans le contexte de l'échéance du « Plan décennal pour consolider les soins de santé »

Les objectifs de cette discussion étaient d'inviter les participants :

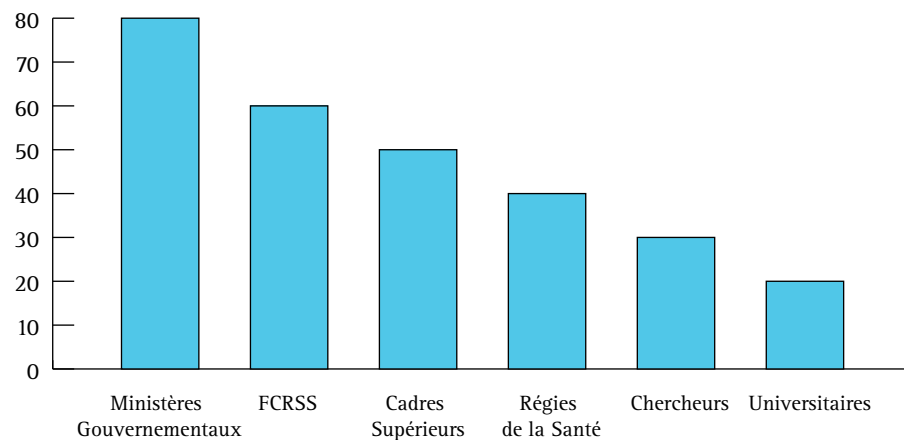
- ▶ à connaître et discuter les nouvelles informations sur les thèmes touchant la transformation des services de santé qui sont pertinents au contexte canadien;
- ▶ à partager l'information et l'expérience relatives aux politiques, processus et résultats liés à la transformation dans leurs systèmes de santé respectifs;
- ▶ à fournir des renseignements sur l'ensemble des priorités et des options émergentes qui visent la transformation dans le contexte canadien actuel.

Les données réunies aideront la FCRSS à faire avancer l'élaboration de choix politiques. De plus, la réunion visait à informer les participants afin de faire avancer leur propre travail et de leur fournir l'occasion de nourrir d'éventuels dialogues et collaborations.

### 1.3 Profil des participants

La rencontre a réuni une variété d'intervenants clés des systèmes de santé de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador. Y étaient présents, notamment, des hauts fonctionnaires (cinq participants), d'autres employés du gouvernement (huit participants), des universitaires (deux participants), des PDG et autres représentants des régions sanitaires provinciales (quatre participants) et des chercheurs provenant d'organismes de recherche provinciaux (trois participants). En tout, il y avait 28 participants, y compris des employés de la FCRSS (six participants). Voir le graphique ci-dessous pour connaître la proportion des participants selon les catégories (l'annexe A présente la liste complète des participants).

**GRAPHIQUE 1.1 PROFIL DES PARTICIPANTS PAR CATÉGORIE**



## 2 PRÉPARATION EN VUE DE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

### 2.1 Ouverture et attentes

Maureen O'Neil, la présidente de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), a inauguré la rencontre en souhaitant la bienvenue aux participants. Elle a parlé des discussions qui ont précédé l'Accord sur le renouvellement des soins de santé comme d'une importante occasion pour favoriser le dialogue sur la transformation du système de santé au Canada. Gillian Mulvale, directrice de financement, innovation et transformation de la santé à la FCRSS, a affirmé que la FCRSS avait reçu d'importants messages de la part des intervenants—qu'il était nécessaire d'avoir davantage d'occasions de partager les succès dans la transformation des services de santé et que les changements sont parfois plus faciles à effectuer au niveau régional qu'au niveau national. En réponse, la FCRSS a organisé cette rencontre afin de favoriser un dialogue sur la façon de réussir la transformation, de partager l'expérience et de discuter des possibilités de faire avancer la collaboration.

Après le mot de bienvenue de la FCRSS, l'animatrice Manon Abud, d'Ascentum Inc., a présenté les objectifs et le programme de la rencontre. Elle a invité les participants à se présenter et à exprimer leurs attentes face à la réunion. Ils se sont montrés enclins à partager leur expérience en matière de transformation et à prendre connaissance de ce qui se faisait dans les autres provinces. Les participants

ont dit qu'ils souhaitaient collaborer avec leurs homologues des provinces atlantiques en préparation de 2014. Certains ont dit apprécier cette occasion de réfléchir aux stratégies plutôt que de simplement « éteindre des incendies » tandis que d'autres espéraient que la rencontre renouvelle leur enthousiasme face à la transformation des services de santé.

## 2.2 Générateurs de coûts des services de santé

Alexandra Constant, spécialiste principale en économie à la FCRSS, a présenté une analyse de la viabilité et des principaux générateurs de coûts du secteur de la santé dans les provinces de l'Atlantique. Elle a expliqué que, dans le secteur public canadien, les coûts des services de santé croissent plus rapidement que les revenus. Les tendances varient selon les provinces, mais actuellement les dépenses pour les services de santé dans toutes les provinces de l'Atlantique, à l'exception de Terre-Neuve-et-Labrador, font face à des croissances insoutenables. Au cours des dernières années, les coûts pour les services de santé ont augmenté plus rapidement dans la région de l'Atlantique que dans l'ensemble du Canada. Cependant, l'analyse permet d'observer que le classement des principaux générateurs de coûts dans la région de l'Atlantique est le même que celui de l'ensemble du Canada. Mme Constant a affirmé qu'il faut comprendre où va l'argent et dans quels secteurs des gains en efficacité peuvent être effectués en lien avec la transformation, afin d'assurer la viabilité à long terme du système de santé.

Pendant la période de questions et réponses qui a suivi, le groupe a discuté des études de viabilité qui se penchent sur d'autres dépenses telles que l'éducation par rapport aux services de santé. Les contextes provinciaux ont également été abordés—la croissance économique à Terre-Neuve-et-Labrador et la sous-utilisation des fonds sur le capital et la santé publique; les dépenses par tête relativement faibles à l'Île-du-Prince-Édouard; et la durabilité clinique au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve-et-Labrador. Bien que l'analyse ait été considérée utile, les participants ont exprimé le désir de mieux comprendre ce que la composition des diverses catégories de dépenses représentait. La FCRSS a indiqué que l'analyse ne constitue pas un jugement sur le « bien-fondé ou non » des dépenses, puisque cela dépend des objectifs politiques et du contexte propre de chaque province. L'analyse sert plutôt à indiquer les endroits où les provinces peuvent centrer les évaluations de leurs propres générateurs de coûts.

## 2.3 Thèmes pour la transformation du système de services de santé

M. Jean-Louis Denis, professeur à l'École nationale d'administration publique à Montréal, a présenté les faits saillants de sa synthèse sur les thèmes clés de la transformation des systèmes de santé au Canada, fondée sur son analyse des progrès accomplis depuis la signature de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé. Il a indiqué que le Canada a investi une quantité considérable d'énergie et de ressources financières pour rendre le système de santé plus apte à répondre à l'évolution des besoins, mais que le changement a connu des retards. M. Denis a parlé des dynamiques de la transformation du système de santé et a insisté sur le fait que les systèmes présentement en place ont tendance à se répéter, de sorte que l'argent supplémentaire est absorbé dans les mêmes secteurs centraux du système au lieu de viser une transformation dans la façon ou l'endroit où les services sont fournis. Il a également indiqué que les gens ne connaissent que le fonctionnement de leur partie du système, mais en ignorent le fonctionnement dans l'ensemble. Ils ne voient donc pas pourquoi ni où un changement est nécessaire. De même, M. Denis a fait remarquer que le public a besoin d'un accès à l'information appropriée afin de prendre des décisions éclairées au sujet du système qu'ils désirent et au sujet de leurs propres soins.

M. Denis a dégagé les secteurs prioritaires du changement et a indiqué que « l'argent ne peut à lui seul matérialiser les changements souhaitables et nécessaires. » Selon lui, la transformation profonde des systèmes de santé « repose sur une approche intégrative qui prend en compte simultanément et délibérément les dimensions organisationnelles, professionnelles et de gouvernance du changement. » Il souligne que les responsables de politiques devraient développer une « obsession » pour les secteurs clés du changement et y réaffecter les ressources. M. Denis a parlé de chacun des thèmes qu'il considère comme des facteurs clés pour effectuer un changement transformationnel :

- ▼ Efforts de réorientation stratégique
- ▼ Les organisations, moteur de prestation et de changement
- ▼ Cultures professionnelles (façonner les cultures professionnelles pour transformer le secteur)
- ▼ Création d'un milieu favorable aux améliorations
- ▼ La participation du patient : la création du contre-pouvoir
- ▼ Politiques et prise de décision fondées sur les données probantes (le mouvement fondé sur les données probantes : la création du contre-pouvoir)

M. Denis a incité les participants à penser aux interactions entre les niveaux politique, organisationnel et professionnel afin d'appuyer la transformation. Les participants ont pris quelques minutes pour y penser en petits groupes avant de reformer une séance plénière.

- ▼ En général, les participants ont été impressionnés par les six thèmes et par la pertinence de ce cadre de travail. Ils ont indiqué que la présentation permettait de dégager des problématiques similaires à celles qu'ils rencontrent, sans pour autant proposer une solution « magique ».
- ▼ Pour ce qui est des politiques et de la prise de décision éclairées par les données probantes, certains participants ont fait remarquer que la perception voulant que le fédéralisme présente un défi de taille devrait être reconsidérée de sorte à y voir un potentiel de force pour le système. « [Le fédéralisme] est un obstacle à l'élaboration de politiques, alors qu'il devrait servir de laboratoire pour le changement. »
- ▼ De même, le leadership politique est également considéré comme un défi important en termes de transformation, puisqu'il a une incidence sur le financement. Les participants ont souscrit à l'idée de développer une « obsession » pour quelques priorités clairement définies. Ils ont dit que les politiciens et les responsables de politiques doivent établir des priorités et s'y consacrer réellement à long terme. « Ils doivent faire de leur obsession, par exemple les maladies chroniques, un concept suffisamment attrayant pour le financement. »
- ▼ Réciproquement, selon l'expérience de certains participants en matière de transformation, pour garantir le succès, les provinces doivent travailler simultanément sur les six thèmes au lieu de centrer leur attention sur un seul.
- ▼ Au sujet des cultures professionnelles, un participant a indiqué que les médecins, ainsi que d'autres professionnels de la santé, semblent conservateurs face au changement de leur pratique et dans leurs relations avec les autres. Il a dit que les médecins devraient recevoir une formation différente. D'autres participants ont indiqué que les médecins plus âgés devraient également recevoir une formation afin d'avoir une incidence sur la transformation du système.

- Au sujet de la participation du patient, certains participants en ont vu les avantages et ont dit qu'il s'agissait d'une priorité pour eux. D'autres ont indiqué que la participation du patient peut être une bonne ou une mauvaise chose, car elle peut mener à la demande d'examens non nécessaires. « [Les patients] ne croiront pas aux résultats des examens. » La discussion a également porté sur le besoin de parler de participation citoyenne plutôt que de participation du patient.
- Les participants ont aussi indiqué que l'obligation redditionnelle et la communication étaient d'importants thèmes transversaux pour la transformation. En général, les participants considèrent que la communication doit être plus présente, particulièrement pour la participation citoyenne. « Sans une communication plus étendue, les patients dépendent du médecin pour obtenir de l'information. »
- Les participants ont dit que les données sont importantes pour effectuer le changement et pour convaincre les gens (patients, médecins ou grand public) qu'un changement est nécessaire. « La prise de décision éclairée par les données probantes est un aspect essentiel du processus. »

### 3 EXEMPLES DE TRANSFORMATION

Afin d'illustrer l'expérience de la transformation dans un contexte plus approfondi, les représentants de deux initiatives mises en œuvre dans la région de l'Atlantique ont présenté leurs cas respectifs. Ces anecdotes présentent divers thèmes de la transformation et visent à fournir une meilleure compréhension des dynamiques de l'expérience de transformation.

#### 3.1 L'organisme eastern health

Le Dr Oscar Howell, vice-président des services médicaux et de diagnostic à Eastern Health (Terre-Neuve-et-Labrador), a raconté la transformation de l'organisme dans la foulée de la crise causée par les erreurs de radiologie dans les cas de cancer du sein. Il a exposé le contexte historique, géographique, politique et économique d'Eastern Health. Une suite d'erreurs de communication avec le public, une abondante couverture médiatique, des accusations de la part de la Société canadienne du cancer et des poursuites juridiques imminentes ont mené à un vif climat de méfiance. M. Howell a présenté les principales leçons tirées d'une transformation qui s'avérait nécessaire.

- Le leadership est un élément essentiel—Eastern Health a fait appel à une nouvelle PDG qui possédait une bonne expérience face aux médias. Sa devise est « dites la vérité, dites-la rapidement, dites-la souvent, dites que vous êtes désolé et soyez sincère. »
  - L'organisme Eastern Health a réorganisé le leadership du laboratoire afin de rectifier une profonde division entre le groupe de médecins et le groupe technique; a embauché un nouveau gestionnaire de la qualité doté d'une expérience dans la certification ISO; a créé un poste de vice-président à la qualité; a mis sur pied une équipe pour les événements critiques afin de répondre à toute nouvelle situation de crise; et a commencé à procéder à des examens externes par des experts, ce qui a donné lieu à plus de crédibilité.
  - L'organisme a reconnu que les médecins étaient d'importants acteurs en termes d'influence. Il a investi dans un programme d'enseignement en faisant appel à l'école de médecine et à la faculté d'administration des affaires afin d'accroître le leadership.
  - Les cadres supérieurs ont tous reçu une formation en communication face aux médias; ils font souvent des apparitions rapides, avec le soutien du service des communications.

- ▼ Les processus ont été normalisés, automatisés et vérifiés. M. Howell a insisté sur l'importance de la vérification, particulièrement pour minimiser l'effet de l'individu et écarter les possibilités d'erreur.
  - ▼ L'organisme a mis l'accent sur la sécurité du patient, et la sécurité du patient va de pair avec celle de l'employé.
  - ▼ Agrément Canada et Ontario Laboratory Association (OLA) ont mené des attestations et des vérifications externes complètes.
- ▼ Les relations avec la Société canadienne du cancer et les groupes de patients ont été améliorées.
- ▼ L'accent a été mis sur le développement d'une culture de compétence et de qualité. Pour ces deux points, M. Howell a brièvement parlé de l'importance de maintenir de sains partenariats de travail avec les patients, les organismes et le gouvernement; ainsi qu'une saine culture d'intégrité au travail.

## 3.2 Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Michelina Mancuso, directrice exécutive de l'évaluation du rendement au conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB), a parlé du rôle et de l'expérience de l'organisme quant à la participation citoyenne. Le CSNB est un organisme indépendant dont le mandat est de favoriser la participation citoyenne, de faire état du rendement du système de santé et de fournir des recommandations au ministère de la santé. Comparé au cas d'Eastern Health, qui portait sur la transformation face à une situation de crise, l'histoire du CSNB illustre le travail de fond pour préparer l'ensemble du système à la transformation.

- ▼ Encore une fois, l'importance d'un leadership fort a été soulignée. Le directeur général du CSNB a bâti l'organisme en choisissant soigneusement les personnes pour remplir des fonctions particulières.
- ▼ Les intervenants du système de santé néo-brunswickois reconnaissent que le système fonctionnait en vase clos, une situation qu'ils souhaitent changer, mais peu de gens étaient disposés à s'attaquer aux défis de transformer le système.
- ▼ Le CSNB a mis au point des outils pour créer des liens entre les fournisseurs de services, les patients et les responsables de politiques. Ces outils ont été remis à 500 intervenants allant des jeunes aux aînés, en passant par des fournisseurs de services et des groupes nationaux et internationaux. Ces outils comprenaient, notamment, un « instantané de la santé de la population », une « fiche interactive du rendement du système de santé » et des initiatives de participation des intervenants. Ils ont organisé un atelier réunissant des intervenants qui ont exprimé leur désir de « ne pas voir encore une fois les mêmes structures organisées de façon différentes. » Les intervenants souhaitent un changement transformationnel.
- ▼ Le CSNB a mené un vaste projet de participation citoyenne intitulé Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions. Ce projet a réuni quelque 300 participants (des citoyens choisis au hasard et des intervenants invités) au cours de neuf séances de discussion organisées en trois phases. Bien qu'on craigne un peu que le projet donne lieu à « une liste de souhaits de la part du public » et à des préoccupations quant à « l'équilibre entre les désirs et les besoins », les discussions ont démontré que les citoyens peuvent apporter d'importantes pistes et commentaires s'ils participent au processus de façon significative et informée. À l'instar d'Eastern Health, le CSNB a également pris soin de répondre honnêtement à toutes les questions au cours des discussions publiques.

- Les données recueillies par le CSNB ont été traitées avec respect, tout comme l'ont été les intervenants et les fonctionnaires. Par exemple, le CSNB s'est assuré de communiquer ses résultats au gouvernement provincial avant de les rendre publics, établissant ainsi un climat de confiance. Avec le changement de gouvernement, l'automne dernier, le rapport sur la participation citoyenne a été révisé afin de maintenir en tête les priorités des citoyens. Le CSNB tiendra compte de ces priorités dans ses recommandations au ministre.

### 3.3 Discussion : tirer leçon de l'expérience

Les participants ont discuté, d'abord à leur table puis en séance plénière, des principales leçons qu'ils ont retenues des cas présentés, notamment, de la façon dont la transformation s'effectue à la base ainsi que des éléments qui se sont démarqués, dont les suivants :

- Leadership**—Les participants ont été marqués par l'importance du leadership individuel présent dans les deux cas. Ils ont noté que le leadership est un élément essentiel à tous les niveaux.
- Relations**—Les participants ont noté que les relations sont très importantes et ils ont été impressionnés par la quantité de temps consacrée à l'établissement de liens avec les principaux intervenants dans les deux cas présentés.
- Communication**—Dans les deux cas, les participants ont reconnu l'importance de se montrer ouvert, d'être honnête et de partager l'information. Ils ont indiqué que les gouvernements semblent agir comme s'ils manquaient de confiance envers le public et qu'ils hésitaient à faire preuve d'ouverture et d'honnêteté, parce qu'ils craignaient un mouvement de panique dans la population.
  - Les participants ont été impressionnés par le fait qu'en dépit des préoccupations en termes de confidentialité et de divulgation, les personnes qui ont répondu au sondage sur la santé au Nouveau-Brunswick ont volontairement déclaré leur numéro d'assurance-maladie.
  - Les participants ont indiqué que l'intégrité, la qualité et la diffusion des données comptaient parmi les leçons à retenir. « Une information erronée est dommageable. » Cela fait écho à la confiance et à la façon de présenter l'information au public.
  - Les participants se sont dits d'accord avec le fait que les organismes de santé, les institutions de recherche et les autres intervenants doivent tous s'engager à accorder de l'importance à ce qu'on leur dit et à ce qu'on leur demande. Puisqu'il s'agit d'un processus subjectif, ils peuvent avoir l'impression de travailler sur le même problème, mais utiliser des définitions différentes et agir dans des directions opposées, d'où le besoin d'écouter les intervenants et de tenir compte que ce qu'ils disent, et d'où l'importance de se doter d'un langage commun et de définitions normalisées.
- Indépendance**—Les participants ont souligné que l'indépendance du CSNB était un élément important.
  - Les participants ont discuté de la structure du CSNB et l'ont comparée aux conseils de la qualité de l'Ontario et de la Saskatchewan ainsi qu'au Comité consultatif sur la qualité et la sécurité du patient en Nouvelle-Écosse. Ils considèrent que le conseil doit être établi par la loi, « de sorte à préserver son existence, car il sera éliminé s'il commence à créer des difficultés aux politiciens en mettant de l'avant des situations litigieuses. »
  - Les participants ont indiqué qu'un conseil indépendant peut servir de mémoire collective—alors que les politiciens vont et viennent, un conseil indépendant peut perdurer. Ils considèrent que le fait que le CSNB présente ses rapports au public et non au pouvoir législatif est un point favorable.

- ▼ *Financement*—Les participants ont parlé de l'entrée actuelle dans une décennie de compressions et ont évoqué les façons de diminuer les budgets sans amoindrir la qualité des soins. Ils ont indiqué qu'il était important de procéder à des changements judicieux visant la transformation et la viabilité, non seulement l'équilibre des budgets. Ils ont discuté des défis liés à la budgétisation dans le cadre du cycle électoral de quatre ans.
  - ▼ « La question du financement est importante puisque nous entrons dans une période où tout le monde devra effectuer des coupures, et alors... il y aura un rebondissement dès qu'on tournera la tête et on fera face à un effet en dent de scie. Il est adroit d'effectuer maintenant une coupure de cinq pour cent, mais en vérité ça sera sept pour cent. Cela peut être très dommageable. »
- ▼ *Région de l'Atlantique*—Les participants ont indiqué qu'en termes d'enjeux des services de santé, les provinces de l'Atlantique devraient être considérées comme une seule grande région afin de surmonter les problèmes d'échelle. « Nous faisons face à des situations similaires, nous devrions donc procéder à des normalisations. » La région de l'Atlantique pourrait également bénéficier de collaborations avec les instituts de recherche d'autres provinces comme la Colombie-Britannique et le Québec.
  - ▼ « Le fait que nous soyons petits et que nous nous connaissons tous est unique aux petites provinces. Cela peut être une entrave, mais aussi un avantage. »
- ▼ *Participation des médecins*—Les participants ont parlé de l'importance du ralliement des médecins à la transformation. Ils se sont demandés quel était le niveau de participation des médecins dans les deux cas présentés. Un participant a commenté qu'à l'Île-du-Prince-Édouard, plusieurs médecins reçoivent un salaire, mais ne se considèrent toutefois pas comme des employés. Les incitatifs financiers pourraient aider à s'assurer que les médecins participent aux efforts de collaboration. Les participants se sont demandés si le maintien du revenu élevé des médecins était la meilleure chose pour le système, ou s'il assurait leur participation à la transformation. Les participants sont d'avis qu'il faut « cesser d'écarter activement les médecins » et qu'il faut établir la confiance et l'obligation redditionnelle dans le système.
- ▼ Les participants ont indiqué que la rupture entre le niveau général (ministères) et le niveau particulier (soins au chevet) constituait un défi en matière de transformation.
  - ▼ Un participant a parlé d'un exemple d'effort de rapprochement avec les médecins qui avait été contrecarré par les décisions politiques. Un autre participant a dit que les médecins considéraient que les régies régionales de la santé étaient responsables de faire part des problèmes au gouvernement, or ils ne sentaient pas que leurs problèmes étaient bien représentés par les régies. Réciproquement, un participant d'une autre province a dit que les médecins ont favorisé beaucoup de développement dans sa province.
- ▼ Le sentiment de « détresse » a résonné chez participants et se réfère à une certaine tendance au désenchantement et à l'idée qu'il n'y a rien à faire pour changer le système. Les participants y voient un défi à surmonter en vue de la transformation.

## 4 COLLABORATION POUR LA TRANSFORMATION

Pour la discussion finale, les participants ont été priés de changer de table pour se joindre à un groupe ayant des affinités communes, par exemple ceux qui travaillent dans des régies de la santé de différentes provinces se sont regroupés autour d'une même table. Ils y ont parlé des meilleures occasions de faire avancer la transformation du système de santé dans leur propre sphère d'influence et de façon collective en tant que région. On leur a demandé d'énoncer quelques idées concrètes et faisables. Plus précisément, on leur a demandé :

- ▼ de repérer les meilleures occasions de collaboration (au sein d'une autorité compétente ou entre elles);
- ▼ de désigner les secteurs qui pourraient tirer un avantage stratégique du travail de collaboration régional;
- ▼ de voir que peut apporter la FCRSS.

### 4.1 Discussion en groupes

Voici quelques idées, occasions et défis qui ont été discutés aux tables réunissant des groupes d'affinités communes.

- ▼ Les participants ont reconnu la valeur de la collaboration et ils étaient d'avis qu'il existe entre les provinces de l'Atlantique des possibilités de collaboration dans des domaines comme la recherche sur la santé, la normalisation des méthodes de collecte de données, les indicateurs, la présentation de rapports et la diffusion.
  - ▼ On pourrait examiner les coûts par secteur (hôpitaux, soins à domicile, etc.) et faire des comparaisons entre les provinces au moyen d'une méthode commune.
  - ▼ On a proposé de créer un groupe de travail interprovincial sur les indicateurs. Un groupe virtuel ou un groupe de réflexion régional pourrait mettre au point des normes, des directives, des pratiques, etc. Il existe actuellement une initiative de développement d'indicateurs en Nouvelle-Écosse. « Il semble logique de tirer profit des efforts déployés au Nouveau-Brunswick afin d'accélérer le travail en Nouvelle-Écosse. » L'inventaire des outils et des indicateurs employés serait plus facile à tenir au niveau régional.
  - ▼ Le Programme commun d'évaluation des médicaments constitue un excellent modèle de collaboration dans la région de l'Atlantique. On pourrait l'appliquer pour la gestion des maladies chroniques, par exemple. La collaboration pour la sécurité des patients dans la région de l'Atlantique en est un autre bon exemple.
  - ▼ Il faut centrer les efforts sur les économies d'échelle et maximiser les ressources grâce à la collaboration. Cependant, pour que cela fonctionne réellement, les politiciens doivent en faire une priorité.
- ▼ Les participants ont indiqué que le succès serait plus facile à atteindre si on commençait par des collaborations qui présentent une moindre menace pour l'autonomie et l'autorité des provinces. Par exemple, favoriser la collaboration au niveau organisationnel dans des domaines tels que la recherche et les achats de masse, plutôt que faire ce travail dans chacune des provinces.
- ▼ Il existe présentement l'initiative *Partage de connaissances de l'Atlantique*, qui pourrait servir de base—le problème est qu'aucun gouvernement ne veut renoncer à son autonomie. Actuellement, l'accent est mis sur la sécurité du patient (bilan comparatif des médicaments, prévention des chutes). Les provinces peuvent partager les pratiques exemplaires et s'aider l'une l'autre avec les leçons apprises.

- ▼ On a exprimé le souhait de se doter d'un système commun pour la collecte de données afin de créer un tableau de bord qui présente des données sur les résultats. Il faut mesurer les mêmes paramètres dans tous les hôpitaux d'une province et entre les provinces. Dans ce sens, on a abordé l'idée d'établir un conseil de la santé de l'Atlantique, qui effectuerait un travail similaire à celui du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. Il s'agirait d'un organisme indépendant des quatre gouvernements provinciaux.
- ▼ On a parlé de la mise au point d'un système de dossiers de santé électronique d'accès libre.
- ▼ La difficulté de collaboration entre les régions sanitaires d'une province, en raison d'un manque de confiance, n'augure pas bien pour la collaboration entre les provinces.
- ▼ Les participants ont parlé des occasions de collaboration entre les provinces de l'Atlantique afin de créer un modèle pour le partage des ressources dans les groupes de sous-spécialité. Par exemple, à l'Île-du-Prince-Édouard, il n'y a qu'un chirurgien vasculaire. Il dépend donc d'un groupe de chirurgiens vasculaires de la Nouvelle-Écosse pour obtenir du soutien. Les participants ont indiqué qu'il y avait suffisamment d'activité financière pour mettre en place un modèle viable, cependant ils étaient également d'avis que la mise en place d'un nouveau modèle pouvait être perçue comme une menace par les professionnels de la santé. Les participants ont proposé de commencer par des lignes directrices sur des enjeux qui ne présentent pas de menace.

## 4.2 Discussion plénière

Au cours de la discussion plénière, on a discuté des occasions suivantes :

- ▼ Les participants ont indiqué qu'en préparation de 2014, les provinces de l'Atlantique auraient avantage à former des réseaux qui leur permettraient de collaborer en tant que région au lieu de participer de façon individuelle aux nouvelles négociations de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé. « Nous devons probablement fonder nos revendications sur les besoins, et non en fonction du nombre de personnes, puisque nous ne gagnerons rien sur ce point. Autrement, nous ne faisons pas le poids. »
  - ▼ Les participants ont observé plusieurs similarités dans la région de l'Atlantique en termes de démographie et de maladies, par exemple une population plus vieille et un fort taux d'obésité.
  - ▼ En préparation de 2014, il y a présentement des activités de réseautage au niveau provincial/territorial, mais le défi consiste à en assurer la coordination. Il y a davantage d'occasions de collaborer au niveau régional et d'amorcer un processus dans la région de l'Atlantique.
  - ▼ Ils ont parlé de l'influence de la population sur l'élaboration des politiques, ainsi que de l'importance d'impliquer les citoyens et de leur transmettre des messages semblables dans les quatre provinces.
  - ▼ De plus, le public s'attend à une plus grande obligation redditionnelle et est de plus en plus exigeant face aux services offerts par le système de santé (par exemple, l'accès aux technologies et aux médicaments).
- ▼ Les participants sont d'avis que la région de l'Atlantique peut tirer avantage de ses forces—sa petite taille et ses relations étroites—afin de travailler ensemble de façon plus efficace et efficiente. Par exemple, les cadres supérieurs peuvent se rencontrer plus facilement et discuter d'enjeux importants à court préavis.

- ▼ Les participants ont reconnu que bien que plusieurs secteurs se prêtent à la collaboration, les provinces de l'Atlantique doivent centrer leurs efforts sur les priorités pour 2014. Ils ont indiqué que le protocole d'entente pour l'évaluation commune des médicaments était un bon modèle pour favoriser la collaboration. Les directives de pratique clinique et l'approvisionnement sont deux secteurs où la collaboration semble faisable. Les participants ont proposé de créer des lignes directrices pour les pratiques exemplaires dans la région de l'Atlantique, lesquelles seraient constituées de directives et de points de repère qui font consensus.
  - ▼ Ils ont également observé le besoin d'établir un conseil de la qualité dans la région de l'Atlantique afin de créer une communauté de pratiques exemplaires, de favoriser le réseautage et l'échange de connaissances et de publier des alertes pour la sécurité des patients. L'Institut canadien pour la sécurité des patients a mis sur pied un site Web sur les pratiques exemplaires, lequel contient des éléments de structure régionale en ce sens. Cependant, un des participants a rappelé « l'impossibilité de déléguer l'obligation redditionnelle » et qu'il serait donc difficile de créer un conseil qui soit « puissant » sans être réduit à un simple conseil consultatif.

### 4.3 Que peut apporter la FCRSS?

Pour terminer, les participants ont parlé du rôle de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) dans le développement de ces possibilités de collaboration régionale.

- ▼ Les participants aimeraient que la FCRSS adapte, pour la région de l'Atlantique, la recherche pertinente qui a été effectuée au niveau national. Ils voudraient également que la FCRSS mette au point des occasions de recherche collaborative pour la région.
- ▼ La FCRSS pourrait jouer un rôle dans la mise au point de mesures des résultats et d'indicateurs communs pour les provinces de l'Atlantique, ou organiser des groupes pour en définir les paramètres.
- ▼ La FCRSS est considérée comme un leader du système et, en tant que tel, elle pourrait aider à la compréhension, à la définition et au suivi des pratiques exemplaires de la gestion clinique, qui seraient adaptées à la région.
  - ▼ « Nous pouvons nous inspirer de ce qui a fonctionné dans diverses provinces de l'Atlantique. C'est un rôle que vous pourriez jouer, pas nécessairement pour les pratiques cliniques exemplaires mais plutôt pour la gestion visant l'observance des directives cliniques. Il y a beaucoup de lignes directrices pour la pratique clinique, mais le patient se retrouve intégré [alors que nos pratiques ne le sont pas]. »
  - ▼ On a proposé que la FCRSS communique avec les médecins et qu'elle organise des discussions avec eux sur les pratiques exemplaires et sur les nouveaux programmes.
- ▼ Les participants ont apprécié la proposition voulant que la FCRSS réunisse les intervenants de la région de façon régulière, peut-être par vidéoconférence, afin de permettre la planification stratégique.
- ▼ La FCRSS pourrait aussi faciliter l'évaluation des technologies de la santé au niveau local. « On peut bloquer l'adoption de technologies trop chères, mais pas celles qui sont accessibles. »
- ▼ La FCRSS pourrait faire, au niveau local, la promotion des compétences informationnelles en santé. « Nous portons beaucoup d'attention aux maladies particulières, mais nous devons également nous centrer sur la gestion des maladies, sur la façon de vivre avec elles et sur les compétences informationnelles en santé. » Plus précisément, la FCRSS pourrait embaucher des journalistes

spécialistes en matière de compétences informationnelles en santé. « Les médias forgent l'opinion du public et des politiciens. Vous avez déjà franchi un pas important avec *À bas les mythes*. Il pourrait y avoir un groupe de journalistes qui présenteraient régulièrement des informations de façon neutre. »

## 5 CLÔTURE

En guise de clôture, Maureen O'Neil, présidente de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), a dit que la FCRSS répondrait aux lacunes en matière d'information dégagées durant la discussion et qu'elle ferait le suivi à l'aide de nouveaux rapports et analyses commandés. « Nous voulons que le travail que nous faisons sur les politiques soit utile. Nous souhaitons approfondir notre travail en fonction de ce que nous vous avez dit », de dire Mme O'Neil.

Mme O'Neil a indiqué que la FCRSS s'engage à réunir les intervenants au cours d'éventuelles séances afin de lier cette discussions à des séances régionales et pancanadiennes. Elle a invité les participants à assister à une journée de discussion que la FCRSS organise dans le cadre de la conférence de l'IHEA (International Health Economics Association) à Toronto, le 10 juillet 2011.

Avant de remercier les participants de leur présence, Mme O'Neil a dit que la FCRSS se réjouit des possibilités de collaboration avec la région de l'Atlantique. « Nous avons entamé ces discussions avec certains d'entre vous et nous sommes impatients de donner forme aux partenariats qui permettront d'atteindre nos objectifs communs. »

À la clôture de la discussion, et dans les formulaires de rétroaction, les participants ont dit apprécier l'occasion d'établir et de renforcer les liens, et avoir l'intention de collaborer les uns avec les autres pour favoriser la transformation.

- ▼ *« J'avais déjà de bonnes relations, mais j'en ai tiré profit. Nous nous sommes entendus pour travailler ensemble sur certains sujets précis. »*
- ▼ *« J'ai établi des relations avec des intervenants clés d'autres provinces, des personnes engagées. »*
- ▼ *« Ces relations me permettront de mieux collaborer avec les autres provinces, et au sein de ma province, à la transformation des systèmes de santé. »*

## ANNEXE A : LISTE DES PARTICIPANTS

### Favoriser la discussion politique sur la transformation des services de santé : leçons tirées de la littérature et de l'expérience régionale

9 mai 2011—Hôtel Marriott Harbourfront, Halifax, Nouvelle-Écosse

**Manon Abud**  
*Animatrice*  
Ascentum

**Tracey Barbrick**  
*Directrice, politiques et planification*  
Ministère de la Santé et du Bien-Être  
de la Nouvelle-Écosse

**Kevin Barclay**  
*Conseiller principal, Politiques*  
Fondation canadienne de la  
recherche sur les services de santé

**Vijay Bhashyakarla**  
*Directeur, Affaires*  
*intergouvernementales*  
Ministère de la Santé et du Bien-Être  
de la Nouvelle-Écosse

**Steve Bornstein**  
*Faculté de Médecine*  
Université Memorial

**Anne Brassat-Latulippe**  
*Analyste de la recherche*  
*et des politiques*  
Fondation canadienne de la  
recherche sur les services de santé

**Roger Cole**  
*Directeur général intérimaire*  
Fondation de la recherche en santé  
du Nouveau-Brunswick

**George Collier**  
*Gestionnaire, Programmes*  
*de connaissances*  
Fondation de la recherche sur la  
santé de la Nouvelle-Écosse

**Alexandra Constant**  
*Spécialiste principale en économie*  
Fondation canadienne de la  
recherche sur les services de santé

**Tracey Cutcliffe**  
*Sous-ministre*  
Ministère de la Santé et du Bien-Être  
de l'Île-du-Prince-Édouard

**Jean-Louis Denis**  
*Professeur titulaire*  
Chaire de recherche du Canada sur la  
gouvernance et la transformation des  
organisations et systèmes de santé,  
École nationale d'administration  
publique

**Keith Dewar**  
*Président-directeur général*  
Santé Île-du-Prince-Édouard

**Don Ferguson**  
*Sous-ministre de la Santé*  
Santé et Bien-Être Nouveau-  
Brunswick

**Sarah Gordon**  
*Chercheure, Bureau des Affaires*  
*Intergouvernementales*  
Gouvernement de la Nouvelle-Écosse

**Beverly Greene**  
*Consultante, Soins de Santé Primaires*  
Ministère de la Santé du Nouveau-  
Brunswick

**Oscar Howell**  
*Vice-président*  
Services médicaux et de diagnostic  
Eastern Health

**Mike Joyce**  
*Directeur, Économie de la santé*  
Ministère de la Santé et du Bien-Être  
de la Nouvelle-Écosse

**Janice Kaffer**  
*Vice-présidente,*  
Services cliniques de la régie de la  
santé Pictou County

**Eshwar Kumar**  
*Co-chef de la direction*  
Réseau du cancer du Nouveau-  
Brunswick, ministère de la santé du  
Nouveau-Brunswick

**Shaun MacCormick**  
*Directeur médical /médecin-chef*  
Régie de la santé Colchester  
East Hants

**Michelina Mancuso**  
*Directrice exécutive, Évaluation*  
*du rendement*  
Conseil de la santé du Nouveau-  
Brunswick

**Gillian Mulvale**  
*Directrice, Financement, innovation*  
*et Transformation de la Santé*  
Fondation canadienne de la  
recherche sur les services de santé

**Kirstin Nucklaus**  
*Agent des politiques et du*  
*développement III*  
Ministère de la Santé et du Bien-Être  
de la Nouvelle-Écosse

**Maureen O'Neil**  
*Présidente*  
Fondation canadienne de la  
recherche sur les services de santé

**Susan Philpott**  
*Gestionnaire, Qualité et Sécurité*  
*du Patient*  
Ministère de la Santé et du Bien-Être  
de la Nouvelle-Écosse

**Nicole Pollack**  
*Preneuse de notes*  
Ascentum

**Kelly Ripley**  
*Agente de programme, Politiques*  
Fondation canadienne de la  
recherche sur les services de santé

**Lauza Saulnier**  
*Directrice, Recherche et sécurité*  
*des patients*  
Réseau de santé Horizon

**Janet Simm**  
*Vice-présidente, Services de santé*  
Hôpital régional South Shore

**Kelli Simmonds**  
*Sous-ministre adjointe,*  
Santé et Bien-Être Nouveau-  
Brunswick, Santé/ planification,  
services pharmaceutiques et  
protection de la vie privée

## ANNEXE B : PROGRAMME

### PROGRAMME : Hôtel Halifax Marriott Harbourfront, Nouvelle-Écosse Ballroom A

Halifax, Nouvelle-Écosse—9 mai 2011

<b>9h 30</b>	<b>Inscription</b>	<b>1h</b>	<b>Exemples de transformation dans la région</b>
<b>10h</b>	<b>Bienvenue</b> Maureen O'Neil, Présidente, FCRSS		Eastern Health Dr Oscar Howell, Vice-président, Services médicaux et de diagnostic, Eastern Health, Terre-Neuve
<b>10h 05</b>	<b>Mise en contexte</b> Gillian Mulvale, Directrice, financement, innovation et transformation de la santé, FCRSS		Conseil de la Santé du N.B. Michelina Mancuso, Directrice exécutive, Évaluation du rendement, Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick
<b>10h 10</b>	<b>Ouverture et présentation des participants</b> Manon Abud, Ascentum		Discussion de groupe Partage et comparaison des expériences locales : qu'y apprend-on sur les thèmes de la transformation?
<b>10h 40</b>	<b>Présentation et période de Q&amp;R</b> Générateurs de coûts des services de santé Alexandra Constant, Spécialiste principale en économie, FCRSS	<b>2h 45</b>	<b>PAUSE SANTÉ</b>
<b>11h 10</b>	<b>Présentation et période de Q&amp;R</b> Analyse des initiatives pour la transformation des système de soins de santé Jean-Louis Denis, Professeur titulaire, École nationale d'administration publique	<b>3h</b>	<b>Collaboration pour la transformation dans la région</b> Discussion de groupe animée Quelles sont les occasions et les priorités de collaboration dans la région? Que peut apporter la FCRSS?
<b>11h 40</b>	<b>Discussion: quel est votre point de vue sur les thèmes de la transformation?</b>	<b>4h</b>	<b>Clôture et prochaines étapes</b> Maureen O'Neil, Présidente, FCRSS Manon Abud, Ascentum
<b>12h 20</b>	<b>DÉJEUNER RÉSEAUTAGE</b>	<b>4h 30</b>	<b>LEVÉE DE LA RÉUNION</b>