
Plan d'action du Nouveau-Brunswick en matière de soins de santé primaires

Plus forts ensemble

Ministère de la Santé

Table des matières

Résumé du plan en matière de soins de santé primaires	4
Contexte	4
Plan d'action du Nouveau-Brunswick en matière de soins de santé primaires.....	4
Les soins de santé primaires : qu'est-ce c'est?	6
De quelle manière les soins de santé primaires sont-ils fournis au Nouveau-Brunswick?	6
Médecins rémunérés à l'acte exerçant seuls	7
Médecins rémunérés à l'acte exerçant en groupe	8
Médecins salariés exerçant seuls	8
Médecins et infirmières praticiennes salariés exerçant en groupe.....	8
Médecins et infirmières payés selon un modèle de rémunération mixte.....	9
Pourquoi les soins de santé primaires sont-ils importants?.....	10
Évaluation des soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick	13
Indicateurs de rendement et état actuel.....	14
Transition à un modèle de prestation de soins par des équipes interdisciplinaires	15
Pourquoi adopter le modèle de Médecine familiale Nouveau-Brunswick?.....	17
Mesures	18
Gouvernance	19
Leadership institutionnel.....	19
Rôle des RRS dans les soins de santé primaires.....	19
Prise de décisions conjointe et communications	19
Responsabilisation et collecte de données	20
Utilisation pertinente des données.....	20
Déplacement des prestataires vers les équipes.....	20
Modèle financier pour les médecins.....	20
Intégration des professionnels de santé complémentaires	21
Intégration des infirmières praticiennes	22
Centres de santé communautaires	22
Investissement dans la pratique en équipe	23
Renforcement des normes de pratique	23

Formation au travail d'équipe	23
Ressources humaines en santé	24
Orientation claire sur les modèles à mettre en place et les endroits où le faire	24
Responsabilisation, mesures incitatives et collaboration entre le ministère de la Santé et les RRS25	
Champs de pratique.....	25
Optimisation de l'utilisation de l'argent des contribuables	26
Programme de soutien aux cabinets de soins primaires du Nouveau-Brunswick.....	26
Symposium sur l'innovation dans les soins primaires.....	26
Plan d'action - investissements et échéancier	27

Résumé du plan en matière de soins de santé primaires

CONTEXTE

Garantir un accès efficace aux soins de santé primaires constitue une priorité absolue et le premier pilier du plan provincial du gouvernement du Nouveau-Brunswick en matière de santé intitulé Stabilisation des soins de santé : Un appel à l'action urgent. L'accès à des soins de santé primaires efficaces est primordial pour permettre aux citoyens d'obtenir les soins dont ils ont besoin au bon moment et au bon endroit, auprès du fournisseur de soins compétent. Il est essentiel pour aider les résidents et les membres de leur famille à mieux gérer les problèmes de santé et pour réduire la pression sur les services de soins aigus, plus coûteux et plus exigeants en matière de ressources.

L'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires revêt une importance spéciale pour le Nouveau-Brunswick en raison des particularités démographiques de la province, comme le vieillissement de la population et la prévalence des maladies chroniques (les valeurs associées à ces phénomènes sont supérieures à la moyenne nationale).

Actuellement, au Nouveau-Brunswick, les soins primaires sont assurés par un ensemble d'engrenages distincts plutôt que par un système cohésif. De nombreux obstacles compromettent la qualité de la prestation des soins de santé, notamment : la difficulté à recruter et à fidéliser des professionnels de la santé (problème exacerbé par la croissance rapide de la population), les modèles de rémunération des professionnels de la santé et, en lien direct avec la rémunération, la structure des modèles de pratique. Ainsi, même les Néo-Brunswickois et les Néo-Brunswickoises qui sont pris en charge par un professionnel de soins de santé primaires sont moins susceptibles d'avoir accès auprès de ce dernier en temps voulu ou d'avoir accès à des soins les soirs et les fins de semaine que l'ensemble des Canadiens et des Canadiennes.

PLAN D'ACTION DU NOUVEAU-BRUNSWICK EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Le plan d'action du Nouveau-Brunswick en matière de soins de santé primaires vise à fournir des solutions concrètes et réalisables permettant d'améliorer la santé de la population et la stabilité du système de soins de santé de la province. Ce plan global est étroitement intégré au plan provincial en matière de santé et établit un certain nombre de

priorités qui concernent notamment la rémunération et les modèles de pratique des professionnels de la santé, le recrutement et la formation, la modernisation et la gouvernance. Les grandes priorités comprennent ce qui suit :

- Passer aux soins prodigués en équipe et adopter le modèle de pratique et de rémunération de Médecine familiale Nouveau-Brunswick (MFNB). Pour y arriver, un certain nombre de changements devront être apportés, notamment :
 - adapter le modèle de rémunération de MFNB pour le rendre plus attrayant aux yeux des médecins et des infirmières praticiennes (IP), et encourager le passage à la pratique en équipe lorsque c'est possible;
 - mettre à jour le modèle de rémunération pour faciliter l'ajout de professionnels complémentaires, comme les pharmaciens, les diététistes, les physiothérapeutes et les conseillers en santé mentale.
- Accélérer la mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques (DME) et, par conséquent, l'implémentation d'un système unique pouvant être utilisé par toutes les cliniques de la province.
- Améliorer la collaboration, la responsabilisation et le soutien :
 - recueillir des données et en tirer profit pour évaluer les progrès réalisés et favoriser les discussions sur l'amélioration continue;
 - renforcer les structures de gouvernance, notamment en créant deux nouvelles tables qui permettront d'établir les priorités et d'assurer la responsabilisation de manière adéquate;
 - renforcer la collaboration entre le ministère de la Santé et les régies régionales de la santé (RRS) afin d'assurer une coordination et une responsabilisation uniforme des professionnels de la santé à l'échelle de la province;
 - accroître les ressources disponibles du ministère de la Santé pour faciliter la gestion du changement qu'exige le plan.

Les soins de santé primaires : qu'est-ce c'est?

Le concept de soins de santé primaires (SSP) a été réinterprété et redéfini à de nombreuses reprises au cours des dernières décennies, ce qui a entraîné une certaine confusion quant à la définition du terme « soins de santé primaires » et à la pratique de ce type de soins. L'Organisation mondiale de la Santé propose une définition claire et concise :

« Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations. »¹

De quelle manière les soins de santé primaires sont-ils fournis au Nouveau-Brunswick?

Le secteur des soins de santé primaires du Nouveau-Brunswick n'est pas un système, mais plutôt un ensemble d'engrenages distincts. Ce secteur a fait face à de nombreuses nouvelles difficultés au fil des ans. Les principaux acteurs de ce secteur, comme les médecins de famille, les infirmières praticiennes, les infirmières et les pharmaciens, ont tous accepté de nouvelles tâches. Les fournisseurs offrant des soins complets en milieu communautaire sont encore plus difficiles à trouver et à maintenir en poste qu'ils ne l'étaient au cours des dix dernières années. Au Nouveau-Brunswick, les services de soins de santé primaires sont principalement fournis par des médecins de famille qui exercent seuls

¹ Organisation mondiale de la Santé (15 novembre 2023). *Soins de santé primaires* – <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.

ou en groupe et qui sont rémunérés à l'acte ou reçoivent un salaire. Cependant, d'autres modèles de soins existent au Nouveau-Brunswick. Ces modèles sont présentés ci-dessous.

MÉDECINS RÉMUNÉRÉS À L'ACTE EXERÇANT SEULS

Au Nouveau-Brunswick, la plupart des services de soins de santé primaires ont toujours été fournis par des médecins de famille rémunérés à l'acte. Actuellement, 50 % des médecins de famille du Nouveau-Brunswick sont payés selon ce modèle de rémunération. Selon ce dernier, chaque service médical fourni correspond à un code précis, qui est lui-même associé à un tarif particulier. Lorsqu'un service est fourni, les frais connexes sont facturés au gouvernement provincial.

La plupart des administrations s'éloignent de ce modèle.

La rémunération à l'acte ne tient pas compte de la gravité de la maladie ou de l'état de santé du patient et peut favoriser la prestation de soins épisodiques puisque les services sont tarifés individuellement plutôt qu'en fonction du bien-être général du patient. L'expression la plus couramment employée pour représenter cette approche encore utilisée dans certains cabinets de soins de santé primaires est « un problème, une consultation ». Bref, la rémunération à l'acte n'encourage pas l'adoption de pratiques exemplaires en matière de soins axés sur le patient.

La plupart des médecins rémunérés à l'acte travaillent seuls, ce qui signifie qu'ils exercent seuls avec l'aide d'un assistant de bureau médical. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, 55 % des médecins de famille du Nouveau-Brunswick exercent seuls. Il s'agit du plus haut pourcentage au pays. En outre, 35 % des médecins de famille payés selon ce modèle de rémunération atteindront l'âge de la retraite d'ici dix ans.

Le fait que la prestation des services dépende d'un seul praticien constitue un autre défaut important du modèle de pratique des médecins travaillant seuls. Lorsqu'un médecin n'est pas disponible, ses patients n'ont pas d'accès aux services. La collaboration entre les différents systèmes est également difficile, car la moitié de ces médecins utilisent encore des dossiers papier plutôt que des DME. Le Nouveau-Brunswick est d'ailleurs la province canadienne dont le taux d'adoption des DME est le plus faible².

Tous les fournisseurs de services rémunérés à l'acte sont des entrepreneurs indépendants et non des employés de la province du Nouveau-Brunswick, ce qui réduit l'influence de celle-ci sur la prestation des services. Il est difficile d'influencer les comportements, car les

² Résultats du Canada : Enquête internationale de 2019 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires (2020). Ottawa (Ont.), Institut canadien d'information sur la santé.

responsabilités et les liens hiérarchiques ne sont pas clairement définis. Le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick (CMCNB) est chargé de veiller à ce que les normes de pratique minimales soient respectées, mais aucune structure de gouvernance ne détermine les attentes en ce qui concerne l'accès aux soins primaires après les heures normales de travail, le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous ou le nombre minimal d'heures d'ouverture.

MÉDECINS RÉMUNÉRÉS À L'ACTE EXERÇANT EN GROUPE

Une proportion supplémentaire de 5 % de médecins de famille rémunérés à l'acte exercent en groupe. Ces groupes se sont formés indépendamment et n'utilisent pas de normes communes ni un modèle unique permettant leur intégration au système de santé global.

Certains de ces petits groupes offrent des soins en dehors des heures normales de travail et un accès aux services pour les patients dont le médecin de famille n'est pas disponible. En général, ces groupes adoptent rapidement un système de DME.

MÉDECINS SALARIÉS EXERÇANT SEULS

Une petite proportion de médecins de famille (5 %) travaillent seuls et sont payés selon un modèle de rémunération par salaire; ce modèle est plus courant à Moncton. Il est populaire auprès des médecins de famille débutants et utilise un système de rémunération à l'acte pour enregistrer l'activité. Ce modèle a connu d'importantes difficultés liées à la gestion et à la prestation de services.

MÉDECINS ET INFIRMIÈRES PRATICIENNES SALARIÉS EXERÇANT EN GROUPE

Environ 10 % des médecins de famille et la plupart des infirmières praticiennes (75 %) sont payés selon le modèle de rémunération par salaire dans le cadre de l'exercice d'une médecine de groupe. Ces groupes travaillent principalement dans des centres de santé communautaires (CSC), et certains d'entre eux sont des équipes interdisciplinaires formées de professionnels complémentaires comme des diététistes, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes. De plus, des cliniques dirigées par des infirmières praticiennes ont été ouvertes à Moncton, à Fredericton et à Saint John. Ce modèle a connu plusieurs difficultés (lacunes en matière de responsabilisation, difficultés de recrutement), et la grande majorité des professionnels faisant partie de ces groupes sont des fournisseurs de soins indépendants même s'ils partagent des locaux.

MÉDECINS ET INFIRMIÈRES PAYÉS SELON UN MODÈLE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

Outre les modèles mentionnés ci-dessus, il existe un système hybride de pratique et de rémunération appelé Médecine familiale Nouveau-Brunswick. Lancé par le ministère de la Santé et la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB) en 2017, ce système repose sur une capitation mixte. Les médecins reçoivent une somme calculée en fonction de l'âge et du genre de chaque patient pris en charge ainsi qu'une rémunération à l'acte qui est ajustée pour tenir compte du paiement forfaitaire par patient. Ce programme propose également des règles de facturation modifiées qui permettent au cabinet de facturer les consultations virtuelles et les services fournis par les infirmières, un paiement annuel de soutien aux frais généraux et l'accès gratuit à un système de DME. Ces avantages sont accordés aux médecins qui travaillent en groupe et offrent des heures de service prolongées. On attend également des médecins qu'ils se soutiennent mutuellement en cas de maladie ou lorsqu'ils partent en vacances ou passent du temps à l'extérieur du cabinet afin de garantir aux patients l'accès aux soins dont ils ont besoin. De plus, un soutien pratique à l'amélioration des processus est fourni. Malgré les avantages qu'il procure, ce modèle n'a pas connu l'essor escompté. Cinq ans après son lancement, 55 médecins y avaient adhéré (5 % de l'effectif total). Le taux d'adoption de ce modèle est particulièrement faible dans les régions francophones.

Aperçu des modèles de soins de santé primaires en place au Nouveau-Brunswick (N.-B.) et au Canada		
Type de pratique	N.-B.	Canada
Pratique individuelle	55 % (2019)	15 % (2019)
Médecine de groupe	22 % (2019)	65 % (2019)
Pratique en CSC	16 % (2019)	12 % (2019)
Utilisation d'un DME	50 % (2022)	93 % (2021)

POURQUOI LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES SONT-ILS IMPORTANTS?

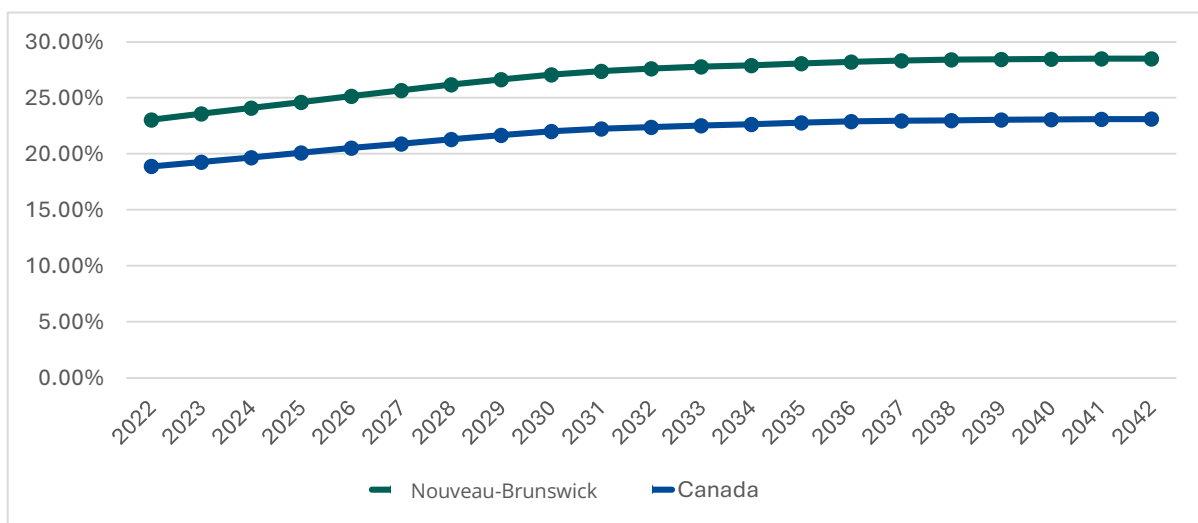
La récente pandémie a mis en évidence les avantages de vivre au Nouveau-Brunswick. Bien que les gens du Nouveau-Brunswick aient l'habitude d'entendre parler du vieillissement et de la baisse de la population, il est important de souligner que les temps ont changé. La population du Nouveau-Brunswick connaît sa plus forte croissance des dernières décennies. Cette croissance ne change rien au fait que la population actuelle a des besoins plus importants en matière de santé. Au Nouveau-Brunswick, **39,8 % des gens souffrent d'au moins une des maladies chroniques suivantes** : arthrite, asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), démence, diabète, insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral et troubles de l'humeur et de l'anxiété³.

Outre la forte prévalence des maladies chroniques, **22,5 % de la population est âgée de plus de 65 ans et 2 % de la population est âgée de plus de 85 ans et demande une quantité considérable de soins**.⁴ Comme la population du Nouveau-Brunswick est composée de nombreux baby-boomers, le pourcentage d'adultes âgés de plus de 65 ans ne fera qu'augmenter au cours des prochaines années.

³ Données provenant du Système national de surveillance des maladies chroniques (2017-2018). *Arthrose : seules les données de 2016-2017 sont disponibles. **Les données sur les troubles de l'humeur et de l'anxiété proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

⁴ Statistique Canada. Profil du recensement, Recensement de la population de 2021 – Nouveau-Brunswick. <www.statscan.gc.ca>; Institut canadien d'information sur la santé. *Votre système de santé* – Nouveau-Brunswick. <<https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/?lang=fr>>.

Projection du pourcentage de la population âgée de 65 ans ou plus dans l'hypothèse d'une croissance moyenne (M3)⁵



L'accès limité aux soins de santé primaires et le manque de continuité dans ces derniers restent associés à de mauvais résultats de santé et à des coûts plus élevés. Ces résultats peuvent être mesurés à partir des taux de mortalité et d'hospitalisation, des taux de dépistage du cancer du sein et du diabète, et de la prévalence des complications liées à la toxicomanie et à d'autres problèmes de santé mentale.

Le manque de continuité dans les soins est associé à une augmentation du nombre d'hospitalisations non urgentes chez les personnes atteintes de maladies chroniques (taux d'hospitalisation 60 % plus élevé que pour la population générale). En ce qui concerne les conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA), qui sont des maladies pour lesquelles la prestation de soins de santé primaires réguliers aide à prévenir les hospitalisations (angine, asthme, BPCO, diabète, épilepsie, insuffisance cardiaque, hypertension, etc.), on a constaté que leur **prévalence dans les régions du N.-B. est 22 % plus élevée que la**

⁵ Statistique Canada. Tableau 17-10-0057-01. Population projetée, selon le scénario de projection, l'âge et le sexe, au 1^{er} juillet (x 1 000). Le scénario de croissance moyenne (M3) contient les hypothèses suivantes au niveau du Canada : l'indice synthétique de fécondité atteint 1,59 enfant par femme en 2042-2043 puis demeure constant par la suite; l'espérance de vie à la naissance atteint 87,0 ans chez les hommes et 89,0 ans chez les femmes en 2067-2068; la migration interprovinciale est basée sur les tendances observées entre 2003-2004 et 2008-2009; le taux d'immigration atteint 0,83 % en 2042-2043 et demeure constant par la suite; le nombre annuel de résidents non permanents atteint 1 397 060 en 2043 et demeure constant par la suite; le taux d'émigration net atteint 0,15 % en 2042-2043 et demeure constant par la suite.

moyenne nationale.⁶ Le manque de continuité dans les soins prodigués aux personnes atteintes de CPSA a été associé à des taux d'hospitalisation plus élevés et à un plus grand nombre de réadmissions urgentes dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital. Compte tenu des coûts élevés liés aux soins hospitaliers (un séjour moyen au Nouveau-Brunswick coûte 6 640 \$) et du débordement de la plupart des hôpitaux de la province, des ressources considérables doivent être allouées au traitement précoce des CPSA afin de réduire à la fois les coûts et la souffrance humaine.⁷ **Un accès restreint aux soins de santé primaires est également associé à une augmentation de 70 % du risque de mourir lors d'un séjour à l'hôpital.**⁸ De plus, les études démontrent que **la probabilité de mourir dans l'année suivant une admission à l'hôpital est augmentée de 50 % chez les personnes atteintes de CPSA.**⁹

Le manque d'accès aux soins de santé primaires se traduit par de faibles taux de dépistage des problèmes médicaux courants comme le cancer du sein et le diabète. Toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans sont invitées à passer une mammographie tous les deux ou trois ans. **Les patientes dont l'accès aux soins de santé primaires est restreint sont de moitié moins susceptibles de passer une mammographie dans le délai recommandé de trois ans.**¹⁰ Étant donné que le cancer du sein est le cancer le plus diagnostiqué chez les Néo-Brunswickoises, qu'il constitue la deuxième principale cause de décès liés au cancer et que le nombre total de nouveaux cas de cancer est en hausse, il est essentiel d'assurer un accès rapide au dépistage¹¹.

Le diabète est un autre problème médical courant nécessitant une surveillance constante **(19 % de notre population est diabétique; en incluant les patients prédiabétiques, cette proportion s'élève à 35 %).**¹² La meilleure façon d'évaluer la surveillance du diabète est de déterminer le nombre de personnes ayant passé un test de dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c). Pour certains groupes d'âge, il est recommandé de passer ce test tous les six mois afin d'assurer une surveillance appropriée. **Chez les personnes**

⁶ Les conditions propices aux soins ambulatoires sont définies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

⁷ Institut canadien d'information sur la santé. *Votre système de santé* – Nouveau-Brunswick. <<https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/?lang=fr>>.

⁸ Chris Folkins, Madeleine Gorman-Asal, Vanessa Dairo-Singer et coll. (2022). *Impact of physician access and continuity of care on health outcomes of New Brunswickers with chronic health conditions*. New Brunswick Institute for Research, Data and Training, Université du Nouveau-Brunswick.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ Ministère de la Santé. Programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick; Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick. *Rendement du système de lutte contre le cancer (2019)*. <www.gnb.ca>.

¹² Diabète Canada. *Le diabète au Nouveau-Brunswick – Estimation de la prévalence et des coûts du diabète*. <www.diabetes.ca>

souffrant de maladies chroniques et dont l'accès aux soins primaires est restreint, ces tests ne sont effectués que dans 25 % des cas.¹³ Selon Diabète Canada, en 2022, les problèmes de santé liés au diabète représenteront un fardeau de 110 millions de dollars pour le système de santé du Nouveau-Brunswick¹⁴.

Aperçu de la santé de la population du N.-B. et du Canada		
Condition	N.-B.	Canada
65 ans et plus	22,5 %	19 %
Obésité	37,4 %	28 %
Tabagisme	14,6 %	13,9 %
Diabètes (types 1 et 2, et 2 non diagnostiqué)	19 %	14 %

ÉVALUATION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AU NOUVEAU-BRUNSWICK

Par rapport au secteur des soins de courte durée, le secteur des soins primaires est réputé pour son manque de gestion, de surveillance et de structure de gouvernance. Bien que des normes minimales de pratique et de service soient imposées aux médecins salariés au moyen de contrats, ces normes ne sont pas rigoureusement appliquées. La situation est similaire pour le personnel des centres de santé communautaires (infirmières praticiennes et professionnels de la santé complémentaires). Comme il a été mentionné précédemment, les médecins rémunérés à l'acte travaillent en tant qu'entrepreneurs indépendants sous surveillance minimale.

Au cours des dernières années, la province du Nouveau-Brunswick a mis en œuvre des initiatives en matière de soins de santé primaires, mais seules quelques-unes d'entre elles ont donné des résultats suffisants sur les plans de la portée et des investissements pour avoir une incidence sur l'accès aux soins de santé primaires de la majorité des Néo-

¹³ Chris Folkins, Madeleine Gorman-Asal, Vanessa Dairo-Singer et coll. (2022). *Impact of physician access and continuity of care on health outcomes of New Brunswickers with chronic health conditions*. New Brunswick Institute for Research, Data and Training, Université du Nouveau-Brunswick.

¹⁴ Diabète Canada. *Le diabète au Nouveau-Brunswick – Estimation de la prévalence et des coûts du diabète*. <www.diabetes.ca>

Brunswickois et des Néo-Brunswickoises. Une initiative prometteuse lancée en 2022 fut mis en œuvre à l'échelle de la province en 2023 : il s'agit de Lien Santé NB, un service conçu pour permettre aux patients qui n'ont pas de fournisseur de soins régulier d'avoir accès à des soins.

INDICATEURS DE RENDEMENT ET ÉTAT ACTUEL

En 2021, **91 % des Néo-Brunswickois et des Néo-Brunswickoises étaient affectés à un fournisseur de soins de santé primaires**. Ce taux est l'un des plus élevés du pays. On pourrait penser que ce taux élevé donne lieu à un accès efficace aux soins, mais ce n'est malheureusement pas le cas. L'une des raisons expliquant cette situation est que les médecins de famille du Nouveau-Brunswick effectuent de nombreuses tâches à l'extérieur de leur cabinet (notamment la garde dans les hôpitaux; le soutien au personnel des foyers de soins, en oncologie et en salle d'opération; et le travail aux services d'urgence), ce qui limite le temps dont ils disposent pour prodiguer des soins en clinique. Une proportion de 14 % des médecins de famille du Nouveau-Brunswick consacrent moins de 35 heures par semaine à leur pratique de soins de santé primaires en raison d'autres responsabilités. En outre, au cours des deux années qui ont suivi la collecte de ces données, le nombre de personnes qui se sont installées au Nouveau-Brunswick et qui sont maintenant à la recherche d'un fournisseur de soins primaires régulier a augmenté de manière considérable.

Le deuxième indicateur de rendement clé est l'accès rapide aux soins. Au Nouveau-Brunswick, on estime que les patients doivent avoir accès à leur fournisseur de soins de santé primaires (ou à un autre professionnel approprié) dans un délai maximal de cinq jours civils suivant le moment où ils tentent d'obtenir un rendez-vous. Selon le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, **le pourcentage de fournisseurs de soins qui réussissent à voir leurs patients dans un délai maximal de 5 jours a diminué, passant de 56 % en 2011 à 51 % en 2021**. S'ils n'obtiennent pas de rendez-vous en temps opportun, les patients se tournent vers d'autres services : on a ainsi observé une **diminution du nombre de patients qui consultent leur médecin de famille lorsqu'ils ont besoin de soins (de 62 % en 2011 à 57 % en 2021)**, ce qui accroît la pression sur les services d'urgence et les cliniques sans rendez-vous. L'accès à un fournisseur de soins en dehors des heures normales de travail et les fins de semaine constitue un autre indicateur de rendement. À cet égard, **le Nouveau-Brunswick occupe l'avant-dernier rang au pays, avec une proportion de 28 % des fournisseurs de soins de santé primaires qui offrent des soins en dehors des heures normales de travail, la moyenne nationale étant de 44 %**. Ils sont **16 % à offrir des soins pendant les fins de semaine, ce qui place le Nouveau-Brunswick au dernier rang, la moyenne nationale étant de 36 %**.

eVisitNB est un autre service qui a été lancé l'année dernière pour atténuer certains des problèmes d'accès auxquels font face les résidents du Nouveau-Brunswick.

Information sur l'accès des patients aux soins de santé primaires au N.-B. et au Canada		
Type d'accès	N.-B.	Canada
A un médecin de famille	86 % (2020)	86 %
Peut être vu en dehors des heures normales de travail	17 % (2020)	48 % (2020)
Peut être vu le jour même ou le lendemain	22 % (2020)	57 % (2020)

TRANSITION À UN MODÈLE DE PRESTATION DE SOINS PAR DES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES

Jusqu'à tout récemment, les soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick étaient prodigués principalement par des médecins de famille, avec le soutien occasionnel d'infirmières en pratique familiale. Cette approche ne tient pas suffisamment compte de l'importance des autres professionnels dans la prestation des soins de santé primaires. La pandémie de COVID-19 a accéléré l'adoption de différents modèles de pratique, ce qui a permis à divers professionnels de santé complémentaires d'assumer pleinement leur rôle dans la prestation des soins de santé primaires. Les infirmières praticiennes ont un champ de pratique élargi et sont en mesure d'exercer de manière indépendante. Les infirmières immatriculées jouent un rôle essentiel dans l'éducation des patients, la santé génésique et le counseling en santé mentale. Les infirmières auxiliaires autorisées peuvent prendre des signes vitaux (pression artérielle, fréquence cardiaque, poids), effectuer des prélèvements (sang, urine) et aider à administrer des traitements et des injections par voie intraveineuse. Les pharmaciens sont en mesure de fournir des soins épisodiques pour des affections bénignes (comme les infections urinaires) et de renouveler des ordonnances à long terme qui ne nécessitent pas d'examen supplémentaires. Compte tenu de l'importance des services de soins de santé primaires et de la population néo-brunswickoise actuelle, il est essentiel d'évoluer vers un modèle de prestation de soins par des équipes interdisciplinaires beaucoup plus rapidement. La plupart des provinces effectuent actuellement cette transition. Dernièrement, la Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador

et l'Île-du-Prince-Édouard ont lancé le Centre de médecine de famille, qui privilégie une approche interdisciplinaire de la prestation des soins de santé primaires. Le Nouveau-Brunswick doit également donner la priorité aux équipes interdisciplinaires.

Cette transition doit se faire en coordination avec d'autres initiatives visant à renforcer la gouvernance et la surveillance des soins de santé primaires. Divers changements doivent être apportés. Par exemple, il faut remplacer le programme actuel de Médecine familiale Nouveau-Brunswick par un modèle d'équipe interdisciplinaire qui répond aux exigences du modèle du Centre de médecine de famille créé par le Collège des médecins de famille du Canada. Il faut également assurer la gestion du changement pour faire adopter ce modèle aux médecins exerçant seuls, notamment en ce qui concerne la mise en œuvre des DME et des nouvelles méthodes de rémunération. Enfin, les résidents en médecine souhaitent plus que jamais effectuer leur résidence au sein d'une pratique collaborative, et nous risquons de rencontrer des difficultés si cette possibilité n'est pas offerte ici, au Nouveau-Brunswick.

À la fin de 2022, une consultation a été menée auprès de plusieurs groupes de fournisseurs et d'intervenants du système. Après un examen de la documentation nationale et des stratégies provinciales antérieures, des principes visant à guider l'orientation future des soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick ont été établis. Ils sont présentés ci-dessous.

Chaque patient du Nouveau-Brunswick devrait avoir accès à une équipe de soins de santé primaires qui :

- constitue le premier point de contact au sein du système;
- comprend un médecin de famille;
- est disponible dans les cinq jours suivant le besoin en soins primaires;
- utilise un dossier médical électronique, accessible par tous les membres de l'équipe;
- permet d'avoir un accès en dehors des heures normales de travail;
- fait fréquemment appel à des professionnels de santé complémentaires (ergothérapeute, travailleur social, pharmacien, etc.) pour assurer les soins, au besoin;
- offre un accès virtuel ou en personne. La modalité doit être cliniquement adaptée au besoin du patient; si cette condition est remplie, le choix de l'accès doit être celui que le patient préfère;
- fournit dans sa collectivité des services équitables de la même façon qu'ils sont fournis ailleurs au Nouveau-Brunswick, dans les collectivités ayant des besoins équitables;
- fournit un espace physique adapté à l'éducation, à l'apprentissage et à la formation continue;
- respecte les mesures d'évaluation et de rendement du système fondé sur les résultats.

POURQUOI ADOPTER LE MODÈLE DE MÉDECINE FAMILIALE NOUVEAU-BRUNSWICK?

Les professionnels de la santé qui travaillent selon le modèle de Médecine familiale Nouveau-Brunswick (MFNB) s'efforcent de fournir des soins intégrés, responsables, accessibles et empreints de compassion.

Dans le modèle actuel de MFNB, des équipes de médecins et d'infirmières immatriculées travaillent ensemble à l'aide d'un système de DME qui permet de coordonner les soins aux patients et d'améliorer la communication entre les prestataires. L'équipe a accès à un certain soutien pratique par l'intermédiaire de la Société médicale du Nouveau-Brunswick, ce qui a été mentionné comme étant un facteur clé de facilitation des soins en équipe dans d'autres administrations. L'Île-du-Prince-Édouard a réussi à mettre en place dix équipes sur leur territoire au cours de la dernière année et a constaté que ce succès a été largement facilité par la présence d'une personne chargée du soutien à la pratique, qui les a aidées à fonctionner véritablement comme une équipe.

La responsabilisation est intégrée dans l'utilisation du système de DME, et les patients sont inscrits auprès des membres de l'équipe. On peut générer des données et des rapports qui intègrent le parcours du patient et l'interaction avec le système de soins de santé global. Le nombre de services fournis et le nombre de patients inscrits auprès d'un prestataire dans le cadre du modèle de MFNB sont générés régulièrement, et un paiement est déduit si un patient inscrit est vu dans une clinique sans rendez-vous.

Les médecins de MFNB apportent souvent leur soutien à plusieurs services, comme les salles d'urgence, les foyers de soins, les soins obstétricaux, les services d'assistance opératoire ou d'autres cliniques spécialisées. Les patients inscrits à MFNB verront le prestataire responsable, mais d'autres membres de l'équipe sont en mesure d'intervenir pour leur fournir des soins si leur prestataire est absent ou indisponible. C'est une bonne chose pour les patients et les prestataires. Les médecins ont un meilleur équilibre entre vie personnelle et professionnelle, peuvent nourrir des intérêts cliniques particuliers et disposent d'une équipe qui partage la responsabilité des soins lorsqu'ils sont absents. Le modèle de MFNB a prouvé qu'il permettait de fournir des soins de qualité, notamment en améliorant l'accès aux soins grâce à des heures d'ouverture prolongées. Les patients de MFNB ont beaucoup moins recours aux cliniques sans rendez-vous et ont une opinion positive des soins qu'ils reçoivent.

Les avantages du modèle de MFNB peuvent également être constatés en comparant les résultats de l'enquête sur la satisfaction des patients de 2021 de MFNB aux résultats de l'enquête sur les soins primaires de 2020 du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB).

Indicateur	Patients de MFNB	Patients de CSNB
Patients qui consultent le plus souvent leur médecin lorsqu'ils sont malades	86,2 %	57 %
Patients qui se sont rendus dans une clinique sans rendez-vous au cours de la dernière année	6,75 %	35,1 %
Patients qui estiment qu'il est facile/assez facile de joindre le cabinet de leur médecin pendant les heures normales d'ouverture	87,8 %	72,7 %
Patients qui ont obtenu un rendez-vous avec leur médecin dans les cinq jours	54,6 %	50,8 %

L'évolution de MFNB vers un véritable modèle d'équipe interdisciplinaire s'appuiera sur le succès actuel du programme pour mieux répondre aux besoins des Néo-Brunswickois en matière de soins de santé primaires, aujourd'hui et à l'avenir. Aucun autre modèle actuellement utilisé dans la province n'offre autant de responsabilisation et de potentiel pour des soins plus robustes fondés sur une équipe interdisciplinaire.

Mesures

Les mesures suivantes comprennent les activités nécessaires à la mise en œuvre de la nouvelle vision de la prestation des soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick.

Gouvernance

LEADERSHIP INSTITUTIONNEL

Aucun gouvernement provincial ou territorial ne dispose d'une recette parfaite pour gérer et gouverner les soins de santé primaires, comme en témoigne le nombre de modèles différents utilisés aujourd'hui au Canada. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick augmentera le personnel et renforcera la capacité du ministère provincial de la Santé afin d'aider à gérer et à diriger le changement de politique dans le secteur des soins de santé primaires. Ce personnel sera affecté à la Direction des soins de santé primaire élargie, qui créera les conditions propices à la mise en œuvre des politiques contenues dans le présent plan d'action.

RÔLE DES RRS DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Les RRS continueront à gérer les CSC, les médecins salariés et les infirmières praticiennes. Les attentes du ministère de la Santé en ce qui concerne la gestion de ces professionnels vont augmenter.

PRISE DE DÉCISIONS CONJOINTE ET COMMUNICATIONS

Il n'existe pas de table conjointe où les dirigeants se réunissent pour résoudre les problèmes liés aux soins de santé primaires. Il n'y a pas de responsabilités claires parmi les personnes concernées. Par conséquent, le gouvernement provincial mettra en place deux autorités de gouvernance afin d'harmoniser les responsabilités dans ce secteur.

1. La première est une table sur le leadership et la responsabilisation, où les RRS, Extra-mural/Ambulance Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé se réuniront tous les mois pour trouver des solutions et obtenir des résultats.
2. La deuxième est une table de professionnels de la santé et de conseillers aux patients, qui se réunira tous les trimestres et comprendra des représentants de chacun des groupes de prestataires de soins de santé actifs dans le système de soins de santé primaires, ainsi que des défenseurs des droits des patients, et ce, afin de déterminer les priorités pour la table sur le leadership et la responsabilisation.

Responsabilisation et collecte de données

La collecte de données dans les soins de santé primaires est inefficace, et les données générées sont rarement utilisées. Le premier objectif de la table sur le leadership et la responsabilisation sera de cerner les données nécessaires pour éclairer la prise de décision en matière de soins de santé primaires, en mesurant ce qui compte : le reflet des principes des soins de santé primaires de 2023 dans le système. Une fois que les données à recueillir auront été cernées et que le suivi aura été mis en place, le gouvernement provincial espère publier ces données sur les soins de santé primaires sur une base annuelle afin d'informer les citoyens des progrès accomplis.

UTILISATION PERTINENTE DES DONNÉES

Les services de médecine familiale de la province, gérés par les RRS, recevront régulièrement des données précises de la part de la Direction des soins de santé primaires élargie. Les ensembles de données sont destinés à donner aux RRS une meilleure compréhension de l'état des soins de santé primaires.

En outre, on recommande que le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick mène son enquête sur les soins primaires chaque année. Ces rapports deviendront de plus en plus importants pour la responsabilisation du secteur et fourniront des renseignements sur les résultats au public.

DÉPLACEMENT DES PRESTATAIRES VERS LES ÉQUIPES

La principale différence entre le Nouveau-Brunswick et les autres provinces et territoires en matière d'accès aux soins de santé est la rapidité d'accès et le nombre de professionnels de la santé qui travaillent en équipe. Le Nouveau-Brunswick a besoin de plus d'équipes interdisciplinaires dans toute la province.

MODÈLE FINANCIER POUR LES MÉDECINS

La première série de changements concerne l'attrait des soins en équipe pour les médecins. Dans tout le pays, le modèle financier reconnu qui encourage les médecins à

travailler en équipe est la capitation mixte, que le modèle de MFNB utilise. Des mises à jour sont nécessaires pour améliorer l'utilisation de ce modèle. Elles ont été approuvées par un groupe de travail composé d'intervenants. Les voici :

- une augmentation de 15 % du taux de capitation du modèle de paiement de MFNB. La capitation permet de verser un montant fixe aux prestataires, en fonction du nombre de patients qu'ils ont ou qu'ils voient;
- un soutien accru à l'embauche d'infirmières, y compris une allocation annuelle de 15 000 \$ pour une infirmière immatriculée à temps plein, ou une allocation annuelle de 10 000 \$ pour une infirmière auxiliaire autorisée à temps plein. La notion de « temps plein » sera calculée au prorata et définie en fonction des niveaux de service;
- un paiement d'allègement des frais généraux qui variera en fonction de la taille du cabinet, et qui pourra atteindre 40 000 \$ par année en fonction du nombre de patients qui accèdent aux soins au sein du cabinet.
- le remplacement de la rémunération minimale garantie par un modèle de paiement transitoire, qui tiendra compte du fait que le médecin est un nouveau praticien ou un médecin existant en transition à MFNB;
- la création d'une prime d'heures de travail prolongées pour permettre aux médecins de MFNB de facturer des services à un pourcentage plus élevé de la rémunération à l'acte, en plus de la capitation, en dehors des heures de 7 h à 18 h et les fins de semaine.

INTÉGRATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

Le deuxième ajout au programme de MFNB est l'intégration de professionnels de santé complémentaires au sein des équipes. Les services ciblés comprennent la pharmacie, la diététique, la physiothérapie et le counseling en santé mentale. Le paiement sera structuré de façon à encourager les relations longitudinales entre les prestataires de soins, le personnel de MFNB et les patients.

Le rôle de collaboration des pharmaciens avec les groupes de MFNB sera élargi. Dans le cadre d'un nouvel accord semblable à ce qui précède, les pharmaciens auront la possibilité de collaborer avec des groupes de MFNB. Cela leur permettra d'effectuer des examens de la médication en équipe et de renforcer le traitement des affections bénignes au sein d'une équipe. Ils exerceront également de nouvelles fonctions dans la gestion des maladies chroniques.

INTÉGRATION DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES

Comme les médecins peuvent décider de leur lieu et de leur mode de travail, le gouvernement provincial élargira ce choix aux infirmières praticiennes en leur permettant de travailler dans des groupes de MFNB, avec une structure de paiement semblable à celle déjà en place dans ce modèle pour les infirmières. Elles verraient des patients inscrits en collaboration avec un médecin et s'engageraient également, en tant que membres de l'équipe, à travailler en dehors des heures normales de travail, ce qui permet une certaine souplesse dans la dotation en personnel, y compris pour les postes à temps partiel.

L'objectif principal est d'accroître la prestation de soins en équipe par les infirmières praticiennes et d'autres prestataires, tout en offrant aux infirmières praticiennes de nouvelles possibilités de travail qui sont plus souples que les options actuelles, comme des postes à temps partiel ou en soirée, et qui ne sont pas encore très répandues.

CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

Il y a 58 CSC et centres de services de santé (CSS) dans la province. Ces centres n'ont pas connu beaucoup d'innovations depuis leur création il y a vingt ans. Depuis lors, très peu de nouveaux centres ont été ouverts; leur technologie de l'information sur la santé est essentiellement la même qu'en 2003, et ils n'ont pas évolué vers les modèles de soins complets fondés sur le travail d'équipe qui avaient été prévus à l'origine. En fait, la caractéristique des CSC au Canada, à savoir le recours à des professionnels de la santé complémentaires en plus des médecins et des infirmières, n'est pas simple au Nouveau-Brunswick. Sur 58 établissements, 20 disposent de professionnels de santé complémentaires qui travaillent au sein d'une équipe, dont neuf disposent d'un équivalent temps plein ou moins.

Des investissements supplémentaires permettront aux CSC d'entrer dans l'ère moderne. Leur système de DME est peu développé par rapport à la technologie moderne. La province financera les RRS pour l'utilisation d'un DME unique dans tous les CSC, à l'instar de ce qui s'est fait dans d'autres provinces. On peut recueillir des données pour renseigner le gouvernement sur l'optimisation des ressources et la qualité des soins, et donner des possibilités intéressantes aux chercheurs du système de santé. La mise en œuvre se ferait au cours des deux prochaines années.

La province créera également un groupe de travail sur la modernisation des CSC, en collaboration avec les RRS, afin d'améliorer les services qu'ils offrent. Chaque établissement respectera une norme minimale de services offerts, en mettant l'accent sur l'intégration d'autres services communautaires, dont des cliniques de santé sexuelle et de soins aux

femmes dans l'ensemble de la province, des services de phlébotomie et l'accès aux soins de santé primaire pour les patients de la communauté au sens large, le cas échéant.

En l'absence d'une vision provinciale, les RRS ont défini des priorités que le groupe de travail sur la modernisation des CSC explorera et approfondira.

On mettra l'accent sur les grands utilisateurs du système. Ce projet vise à déterminer la clientèle qui fréquente les services d'urgence et qui est hospitalisée à un taux statistiquement disproportionné, et qui pourrait donc profiter d'un meilleur accès aux soins de santé primaires. Le projet vise ensuite à informer les prestataires de soins de santé primaires et veille à fournir des services à ces patients au sein de la collectivité afin d'éviter les visites aux urgences et les admissions à l'hôpital, qui sont coûteuses et fréquentes.

INVESTISSEMENT DANS LA PRATIQUE EN ÉQUIPE

En plus d'investir des ressources dans les modèles de soins en équipe, la province alignera les dépenses sur sa vision.

RENFORCEMENT DES NORMES DE PRATIQUE

La province demandera au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick (CMCNB) d'établir des normes pour les cliniques sans rendez-vous et celles ouvertes après les heures normales. D'autres provinces l'ont déjà fait, ce qui a permis d'améliorer l'accès aux services offerts et d'intégrer différents services dans les cliniques sans rendez-vous.

FORMATION AU TRAVAIL D'ÉQUIPE

Sachant que de nouvelles normes relatives aux milieux de formation des résidents en médecine familiale entreront probablement en vigueur dans quelques années, il est important de veiller à ce que les groupes de MFNB soient attrayants pour les enseignants en médecine. Bien que l'on n'ait pas défini de mesure particulière, la province consultera l'Université de Sherbrooke et l'Université Dalhousie pour examiner la façon de répondre à leurs besoins en matière de milieux de formation en équipe en tenant compte des objectifs du programme de MFNB.

De plus, le gouvernement financera un nouvel incubateur de formation professionnelle à Moncton pour inciter les nouveaux médecins, infirmiers et assistants de bureau médical à choisir la pratique communautaire plutôt que la prestation de soins épisodiques.

Ressources humaines en santé

ORIENTATION CLAIRE SUR LES MODÈLES À METTRE EN PLACE ET LES ENDROITS OÙ LE FAIRE

Tous les partenaires concernés par le recrutement et la fidélisation doivent comprendre que le gouvernement donne la priorité aux soins en équipe tout en respectant le choix des médecins et des infirmières praticiennes. À l'avenir, la province a l'intention de mettre en place les modèles suivants.

Groupes de MFNB

Ce sera la principale forme de soins en équipe dans la province, mise en œuvre dans les régions urbaines et rurales selon l'intérêt des prestataires de soins.

On encouragera les médecins à rejoindre les groupes de MFNB par le biais d'un modèle de rémunération amélioré et de mesures incitatives au recrutement, comme indiqué ailleurs.

Centres de santé communautaires

On remplacera les médecins qui quittent les CSC, mais sans créer de nouveau poste à moins qu'une expansion soit justifiée. Une telle expansion pourra se faire dans les régions géographiques qui :

1. sont les plus rurales du Nouveau-Brunswick;
2. ont beaucoup de difficulté à recruter du personnel pour donner des soins selon d'autres modèles;
3. ont une population de patients vulnérables ou mal desservis.

Centres de services de santé

Les CSS existent uniquement dans les régions rurales ou isolées où les médecins passent seulement une petite partie de leur semaine et ne souhaitent pas être rémunérés sous forme de salaire. Il n'y aura pas d'expansion.

Cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien

Elles ne sont destinées qu'aux milieux urbains. On ne prévoit pas d'expansion. Idéalement, il y aurait une association avec des médecins salariés exerçant seuls pour former une équipe interprofessionnelle.

Médecins salariés exerçant seuls

On ne prévoit pas d'expansion en milieu urbain, mais le recrutement se poursuivra dans les régions rurales où les prestataires préfèrent ce modèle. Autant que possible, il faut les encourager à se regrouper pour qu'ils travaillent ensemble, avec du personnel de soutien.

Chaque embauche de médecin selon ce modèle dans les limites actuelles d'une des trois villes, et en particulier de Moncton, devra être officiellement approuvée par le ministère de la Santé.

Médecins rémunérés à l'acte exerçant seuls

Ils sont destinés à disparaître progressivement pour devenir une minorité de médecins prestataires de soins, mais uniquement par attrition. Aucun médecin ne sera recruté ou remplacé selon ce modèle, sauf dans les régions urbaines où les médecins n'ont aucun intérêt pour la médecine de groupe.

RESPONSABILISATION, MESURES INCITATIVES ET COLLABORATION ENTRE LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET LES RRS

Les contrats de travail actuels des médecins, quel que soit le modèle de rémunération, sont inadéquats pour soutenir la responsabilisation. Une fois qu'un médecin a ouvert son cabinet, il est pratiquement impossible de les obliger à respecter les dispositions de son contrat. Il faut apporter des améliorations dans ce domaine, et réécrire et redéfinir ces contrats.

Le ministère de la Santé et les RRS devront collaborer davantage pour rédiger et faire respecter ces contrats, mais toutes les parties accueilleront favorablement une plus grande clarté.

CHAMPS DE PRATIQUE

Il est nécessaire de mieux définir la façon d'intégrer chaque professionnel dans les équipes et les tâches que chacun peut accomplir.

Optimisation de l'utilisation de l'argent des contribuables

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX CABINETS DE SOINS PRIMAIRES DU NOUVEAU-BRUNSWICK

La province financera un nouveau Programme de soutien aux cabinets de soins primaires. La SMNB administrera le programme, qui offrira des services de consultation et des conseils aux médecins et aux membres des équipes. Le personnel de ce programme comprendra des experts de divers domaines : ingénierie, communications, soins de santé, administration des affaires, technologie de l'information et analyse de données. Le personnel offrira un service spécialisé aux médecins qui désirent l'engager, sur une base volontaire, dans le but de les aider à moderniser leurs activités.

SYMPOSIUM SUR L'INNOVATION DANS LES SOINS PRIMAIRES

Ce nouveau symposium contribuera à orienter les discussions entre les prestataires de soins en ce qui concerne la gestion des cabinets et les récentes innovations dans la province et la région de l'Atlantique. Alors que les réunions annuelles des groupes de prestataires sont peu fréquentées et souvent axées sur l'aspect clinique, ce symposium serait différent : il réunirait des médecins, des infirmières praticiennes, des infirmières et des pharmaciens qui parleraient des gains d'efficacité réalisés et des innovations mises en œuvre dans leurs cabinets au cours de l'année écoulée. On inviterait des groupes de recherche à participer en tant qu'observateurs.

Plan d'action

	Initiative	Tâche
Améliorer les soins en équipe	Changer le modèle de rémunération des médecins exerçant dans des groupes de MFNB.	Lancement du nouveau taux de capitation dans les systèmes d'Assurance-maladie; fournir les conditions à la SMNB.
	Embaucher des infirmières dans les groupes de MFNB.	Mettre en place des mesures incitatives pour l'embauche d'infirmières dans les cabinets communautaires; définir les attentes.
	Créer un système de paiement dégressif d'allègement des frais généraux pour favoriser l'inscription de patients.	Créer des processus de mesure; définir les attentes.
	Offrir une sécurité financière aux nouveaux médecins pour les inciter à intégrer des groupes.	Faire de la publicité auprès des nouveaux diplômés; définir les attentes.
	Embaucher des infirmières praticiennes pour favoriser l'inscription de patients.	Définir une structure de rémunération et un processus d'intégration des IP aux équipes de MFNB. Définir des critères de référence et d'admissibilité pour ce programme. Mettre à jour les configurations des systèmes pour permettre l'inscription des patients et toute autre exigence, comme la facturation parallèle.
	Acheter des services auprès de professionnels de santé complémentaires pour fournir de meilleurs soins.	Créer un modèle de rémunération pour les professionnels de santé complémentaires, y compris les processus connexes pour les paiements et les rapports. Vérifier les aspects juridiques à prendre en considération. Établir un processus d'intégration des pharmaciens partenaires au sein des groupes de MFNB.

Améliorer la gestion	Créer une unité fonctionnelle au sein du ministère de la Santé pour mener un changement axé sur la responsabilisation.	Des ETP supplémentaires sont nécessaires pour permettre d'améliorer le suivi, la collecte et l'analyse des données.
	Mettre sur pied la table sur le leadership et la responsabilité des RRS et du ministère de la Santé.	Le ministère de la Santé dirigera l'initiative. Rédiger un cadre de référence, fixer des buts et des objectifs et réunir un groupe de direction pour mettre en œuvre les résultats.
	Déterminer les données nécessaires pour prendre des décisions éclairées sur les soins de santé primaires.	Définir le cadre de données, déterminer les sources de données et les processus. Recueillir et analyser les données, et les présenter dans des tableaux de bord internes et des rapports publiables.
	Redéfinir et réécrire le contrat de travail des médecins salariés et des infirmières praticiennes.	Collaborer avec les RRS afin de mettre en place un mécanisme pour mesurer les résultats et garantir que les conditions des offres sont respectées.
	Mettre sur pied la table des professionnels de la santé et des conseillers des patients.	Définir une vision, des buts et des objectifs, et les consigner dans un cadre de référence. Déterminer les membres et convoquer une réunion.
Clarifier le recrutement	Définir les attentes en matière de gestion des CSC et des médecins et infirmières praticiennes salariés.	Rédiger des politiques décrivant les ressources à embaucher à l'avenir, conformément à la vision des soins en équipe, et préparer des scénarios et des processus pour les exceptions (quand et comment procéder). Ce travail se fera en collaboration avec les RRS.
	Former le personnel chargé du recrutement.	Préparer les dossiers d'information et les trousseaux d'outils pour le personnel de recrutement des RRS. Se réunir régulièrement avec les plus récents renseignements.

Moderniser les CSC	Moderniser les centres de santé communautaires pour qu'ils répondent aux normes provinciales.	Créer un groupe de travail sur la modernisation des CSC, en collaboration avec les RRS, afin d'améliorer les services offerts, y compris l'élaboration d'une norme minimale de services offerts, et se concentrer sur l'intégration d'autres services communautaires.
	Acheter un système de dossiers médicaux électroniques moderne pour les CSC et les CSS.	Déterminer la configuration requise et travailler à son implémentation. Le ministère de la Santé s'occupera de la planification et du suivi, les RRS soutiendront l'implémentation.
Optimiser les ressources	Créer un programme de soutien aux cabinets	Aider les médecins à passer d'une pratique individuelle à une médecine de groupe et à fonctionner de la manière la plus efficiente et efficace possible.
	Symposium sur l'innovation dans les soins primaires	Veiller à ce que les prestataires de soins primaires disposent d'un forum pour échanger des connaissances, discuter des pratiques exemplaires et prometteuses et stimuler l'innovation.
	Incubateur de formation professionnelle	Définir les caractéristiques du programme et déterminer les intervenants qui prendront en charge le travail.
	Établir des normes pour les cliniques sans rendez-vous et celles ouvertes après les heures normales.	Écrire au Collège des médecins et chirurgiens pour demander l'élaboration de la nouvelle politique.