

Nom du fichier : Out_Improving Health System Efficiency in Canada_ Perspectives of Decision Makers - A Forum for Discussion_1_0

Durée : 01:23:37

Conférenciers : Multiples

Transcription : Nettoyée

Codes de temps : 30 secondes

Remarques :

[Début audio]

[00:00:22]

Dana Riley : Bonjour à tous. Je m'appelle Dana et je travaille au bureau de l'ICIS à Ottawa. Avant de commencer la présentation, j'aimerais signaler que la conférence téléphonique est en mode lecture, c'est-à-dire que la fonction silence est activée sur les lignes des participants. Notez que le contenu Web est accessible par Adobe Connect. Si ce n'est pas déjà fait, cliquez sur le lien Adobe Connect dans le message d'invitation pour la conférence. Notez que cette conférence sera enregistrée. Pendant la première partie, la conférence sera en mode lecture, ce qui signifie que la fonction silence est activée sur toutes les lignes des participants. Si vous avez des questions, veuillez les taper dans la fenêtre de conversation située dans le coin inférieur droit de votre écran, et nous y répondrons pendant la période de questions et réponses à la fin de la conférence Web. Après la présentation, j'activerai les lignes téléphoniques pour la période de discussion. À ce moment-là, activez la fonction silence de votre téléphone en appuyant sur le bouton approprié ou sur étoile 6. Ne mettez pas l'appel en attente pour éviter que la musique d'attente ne soit entendue sur la ligne. Si vous voulez formuler un commentaire ou poser une question pendant la discussion, utilisez la fonction Lever la main d'Adobe en haut de l'écran. Faisons un test : levez la main dans Adobe si vous m'entendez. Parfait! Maintenant, baissez la main. Excellent. Si vous levez la main durant la période de discussion, je dirai votre nom et vous inviterai à désactiver la fonction silence de votre appareil afin que vous puissiez prendre la parole. C'est tout pour les remarques techniques. Commençons maintenant la présentation. Encore une fois, bonjour à tous les participants qui se joignent à nous partout au pays. Bienvenue à la conférence Web ayant pour thème « Améliorer l'efficacité du système de santé au Canada : point de vue des décideurs ». Je suis Dana Riley et je travaille comme analyste principale à l'Initiative sur la santé de la population canadienne, soit l'ISPC, de l'ICIS. C'est moi qui animerai la discussion. Plusieurs membres de l'équipe de projet de l'ICIS sont aussi en ligne avec nous. Je suis en compagnie de Jean Harvey, directrice de l'ISPC. En ligne il y a Sara Allin, notre chercheuse principale à Toronto, et Janice Zhang, analyste

principale à l'ISPC. Nous avons aussi le plaisir d'accueillir Susan Brown, vice-présidente et chef des opérations pour les hôpitaux et les collectivités à Santé Interior, en Colombie-Britannique, ainsi que Janet Knox, présidente et chef des opérations de l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse. Enfin, nous accueillons en ligne des participants provenant de diverses régions au Canada qui ont un intérêt commun pour l'efficacité du système de santé et le récent rapport de l'ICIS. Voici d'abord un aperçu du déroulement de la conférence. Nous commencerons par quelques mots de bienvenue, suivis d'un survol des travaux de l'ICIS sur l'efficacité du système de santé. J'inviterai ensuite nos conférenciers à se prononcer sur les résultats du rapport dans leurs contextes respectifs. Ensuite, je désactiverai la fonction silence sur les lignes pour la période de discussion. Je vous rappelle que si vous avez des questions ou des commentaires pendant la présentation, vous devez les taper dans la fenêtre de discussion et nous y répondrons après la conférence. Je laisse maintenant la parole à Sara Allin.

Sara Allin :

Merci, Dana. Je suis très heureuse de vous parler des résultats de notre court rapport sur l'efficacité du système de santé, qui est maintenant accessible sur notre site Web. Si ce n'est pas déjà fait, consultez le www.icis.ca pour en prendre connaissance. Comme vous le voyez à la diapo 4, nous voulons aujourd'hui vous présenter un résumé des résultats de l'étude ainsi que les commentaires des hauts dirigeants de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse, puis comparer ces résultats avec votre expérience personnelle. Nous sommes ravis de vous compter parmi nous et enchantés que 2 des dirigeants ayant participé à l'étude soient en ligne pour nous faire part de leurs réflexions sur les résultats du rapport. Les gouvernements, au Canada comme à l'étranger, cherchent à améliorer leurs systèmes pour optimiser l'utilisation des ressources. L'ICIS, dans le contexte de son dernier plan stratégique, qu'on peut voir à la diapo 5, s'est engagé à aider les régions, provinces et territoires dans leurs efforts pour améliorer la santé des Canadiens et la performance des systèmes de santé. Nous avons ciblé les populations et les thèmes prioritaires pour les 5 prochaines années, notamment l'utilisation optimale des ressources. Il s'agit là d'un des nombreux projets et outils visant à combler certaines lacunes en matière d'information pour cette dimension importante de la performance du système de santé. La présentation d'aujourd'hui porte sur le troisième volet d'un projet en plusieurs phases, qui a commencé par une série de consultations visant à définir l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire l'objectif qu'il y aurait lieu de mesurer. Nous avons d'abord convenu que l'efficacité d'un système de santé se définit par sa capacité à utiliser ses ressources pour améliorer l'accès en temps opportun à des soins de santé efficaces. Nous avons ensuite appliqué cette définition de l'efficacité aux données de l'ICIS et de Statistique Canada afin d'estimer l'efficacité à l'échelle des régions sanitaires au Canada, et de mieux comprendre les facteurs associés aux variations. Puisque les données disponibles ne nous ont pas permis d'expliquer toutes les variations, nous avons entrepris le troisième volet du

projet, une étude qualitative devant nous aider à mieux comprendre les obstacles à l'amélioration de l'efficacité et les éléments susceptibles de la favoriser, dans 2 provinces en particulier. Je laisse maintenant la parole à ma collègue Janice Zhang qui va vous présenter les résultats de cette étude qualitative.

Janice Zhang :

Merci, Sara. Laissez-moi d'abord vous résumer la méthodologie utilisée. Notre étude qualitative, qui porte sur plusieurs cas, s'intéresse à 2 provinces, la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse, et à 2 régions dans chacune de ces provinces, pour lesquelles nous avons relevé des variations en matière d'efficacité lors de la deuxième phase de nos analyses. Comme vous pouvez le voir dans le schéma, chacune des régions étudiées en Nouvelle-Écosse regroupe 2 régions régionales de la santé, une démarche qui correspond à celle utilisée précédemment pour les analyses de Statistique Canada et de l'ICIS. Pour chaque province, nous avons choisi des cas comparables, c'est-à-dire dans des régions éloignées des grands centres urbains présentant des caractéristiques démographiques semblables. De 2014 à 2015, des entrevues ont été menées auprès de 42 dirigeants des systèmes de santé à l'échelle provinciale et régionale. Nous sommes heureux que certains d'entre eux se joignent à nous aujourd'hui. Comme vous pouvez le constater, les régions régionales de la santé qui étaient en place au moment de mener les entrevues n'existent plus. La Nouvelle-Écosse était alors à regrouper ses régions régionales en une seule Autorité sanitaire. Durant les entrevues, nous avons demandé aux informateurs clés de nous parler de leurs rôles dans les anciennes régions régionales de la santé, puisque cette réorganisation est un facteur important de nos travaux. À toutes les phases du projet, nous avons collaboré étroitement avec un groupe consultatif d'experts composé de représentants des ministères de la Santé de la Nouvelle-Écosse et de la Colombie-Britannique, de chercheurs qualitatifs et d'experts en contenu.

Cette diapositive montre le cadre conceptuel que nous avons élaboré à l'issue de l'analyse des données des entrevues. Ce cadre conceptuel d'optimisation du système de santé montre bien que dans le contexte d'un leadership solide et des défis liés à l'environnement extérieur, les actions visant à améliorer l'efficacité du système de santé peuvent se produire dans 5 dimensions : le suivi de la performance aux fins de responsabilisation et de prise de décisions, l'intégration de la gouvernance et de la prestation des soins à l'échelle du système, les partenariats hors du secteur de la santé pour améliorer la santé de la population, la participation et la rémunération des médecins, et enfin, la souplesse du financement. Pour les prochaines diapos, je parlerai des résultats obtenus pour chacune de ces dimensions et de ce qu'ils représentent, en citant les commentaires des informateurs clés.

D'abord, les informateurs clés des 2 provinces sont d'avis que pour améliorer l'efficacité, il faut officialiser les ententes entre le ministère de la Santé et les autorités sanitaires afin de définir les attentes et les normes en matière de

financement et de prestation des services. En Colombie-Britannique, ces ententes existent depuis la création de la nouvelle structure en 2001. En Nouvelle-Écosse, les ententes ont été conclues plus récemment, à la suite de la réorganisation de 2015. En Colombie-Britannique, les informateurs clés ont rapporté une forte capacité analytique de suivi de la performance [00:10:00], comme l'illustre ce commentaire. [« Le tableau de bord des gestionnaires dresse un portrait de la performance de leur unité, mais aussi de leurs pairs, ce qui leur permet de poser des questions et d'engager le dialogue. »] En ce qui a trait à l'amélioration de l'efficacité, les informateurs clés en Nouvelle-Écosse ont massivement convenu qu'il fallait renforcer les capacités de suivi de la performance, par exemple la capacité analytique, les mécanismes de déclaration et la disponibilité des données sur lesquelles appuyer la prise de décisions. Bon nombre d'informateurs ont ensuite souligné l'importance de l'intégration de la gouvernance et de la prestation des soins à l'échelle du système. Les participants aux entrevues de la Colombie-Britannique ont mentionné la structure intégrée de gouvernance des autorités sanitaires comme facteur d'efficacité. Du côté de la Nouvelle-Écosse, les personnes interrogées ont parlé des nombreux défis inhérents à la structure précédente des régions régionales de la santé, notamment l'absence d'intégration entre les secteurs, les niveaux de gouvernance, les régions, etc., et ont dit avoir bon espoir que le regroupement aurait pour effet de favoriser l'intégration. Les participants de la Colombie-Britannique ont mentionné que l'intégration entre les soins de courte durée et les soins communautaires est une priorité. Dans le rapport, nous citons l'exemple d'un établissement de soins primaires, qualifié par les informateurs de véritable modèle de services de soins axés sur le patient. Le dossier médical électronique partagé est l'un des principaux facteurs d'amélioration de l'efficacité dans les établissements de soins primaires. Ce commentaire d'un informateur clé en Colombie-Britannique illustre le lien entre l'efficacité et les soins axés sur le patient. [« Nous aurons réussi quand les patients ne seront pas obligés de raconter 20 fois leur histoire. »]

Les participants aux entrevues des 2 provinces ont reconnu qu'en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, il est possible d'améliorer l'efficacité du système de santé. Selon eux, il faut pour ce faire nouer de solides partenariats intersectoriels, car bon nombre des leviers qui permettent d'agir sur les déterminants de la santé ne relèvent pas directement du système de santé. Ce commentaire d'un informateur clé de la Nouvelle-Écosse illustre cette idée. [« Les relations avec la police, les services d'urgence et les services communautaires sont vraiment importantes pour décloisonner les soins... À mon avis, cela joue énormément sur l'efficacité. »] Les participants aux entrevues ont constaté que les autorités sanitaires jouent divers rôles au sein de ces partenariats, notamment en participant à des initiatives conjointes et en réunissant des groupes à vocations différentes autour d'un problème commun. Plusieurs participants ont aussi précisé que des liens solides et

informels en région rurale peuvent favoriser la collaboration intersectorielle à l'échelle communautaire.

Les participants aux entrevues des 2 provinces ont indiqué que l'amélioration de l'efficacité du système repose nécessairement sur la participation des médecins. Par exemple, les divisions de médecine familiale créées par l'Association médicale de la Colombie-Britannique favorisent la collaboration entre les médecins et les autorités sanitaires et encouragent la formation de partenariats pour la prise de décisions. Ce commentaire d'un informateur clé en Colombie-Britannique décrit l'importance de la participation des médecins et les efforts nécessaires pour l'obtenir. [« Les médecins n'ont pas l'habitude de travailler ainsi en étroite collaboration avec les autorités sanitaires. Il a donc fallu du temps pour instaurer un climat de confiance, et il reste encore beaucoup de chemin à faire. »] Selon plusieurs participants aux entrevues, la rémunération est un levier qui pourrait améliorer l'efficacité du système de santé. Certains informateurs clés ont proposé des solutions de rechange au modèle dominant de la rémunération à l'acte, telles que la modification des codes de tarif et les modes de rémunération fixe, comme moyens d'harmoniser la prestation de services avec les objectifs d'efficacité du système de santé.

La cinquième et dernière dimension clé de l'optimisation du système de santé est la souplesse de financement. Dans les 2 provinces, les participants aux entrevues ont noté qu'en raison du besoin de financement continu pour la prise en charge des patients qui sont déjà en soins de courte durée, il est difficile d'améliorer l'efficacité du système de santé en investissant en amont dans des partenariats avec d'autres secteurs. Ce commentaire d'un informateur clé de la Nouvelle-Écosse décrit ce changement comme étant un « acte de foi » [« Il faudra faire un acte de foi extraordinaire pour investir davantage dans les soins primaires, la prévention et la formation tout en continuant à financer les soins de courte durée pour les patients qui sont déjà dans le système. »] Selon les informateurs clés de Santé Northern, la souplesse de la structure de financement des autorités sanitaires en Colombie-Britannique est essentielle à l'amélioration de l'efficacité. Nous avons reçu des commentaires au sujet des nombreux défis auxquels font face les gestionnaires au chapitre de l'efficacité du système de santé. Les informateurs mentionnent que l'éloignement des régions et les caractéristiques démographiques — notamment le vieillissement de la population en Nouvelle-Écosse et l'importante population autochtone dans les régions visées par l'étude en Colombie-Britannique — sont des obstacles contextuels nuisant à l'amélioration de l'efficacité. La résistance culturelle au changement était également un thème sous-jacent au cœur des obstacles à l'amélioration de l'efficacité. Par exemple, plusieurs informateurs clés ont indiqué que les attentes du public en matière de soins de santé peuvent entraver la réalisation des objectifs d'efficacité. Par conséquent, la modification du système doit se faire avec le concours et le soutien du public.

Enfin, les participants ont insisté sur l'importance du leadership pour définir une vision et devenir des champions au sein du système dans le but d'apporter de profonds changements, comme le décrit cet informateur clé de la Colombie-Britannique. En comparant l'expérience de dirigeants dans 2 provinces à différentes étapes de la transformation du système de santé, nous avons pu cerner diverses actions liées à l'amélioration de l'efficacité du système de santé dans les 5 dimensions.

Dana Riley :

Merci, Janice, de nous avoir présenté un portrait informatif du récent rapport sur l'efficacité du système de santé de l'ICIS. J'invite maintenant Janet Knox, présidente et chef des opérations de l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse, à prendre la parole. Janet Knox est une dirigeante accomplie dans le domaine de la santé qui a à cœur l'amélioration de la santé des Néo-Écossais. Elle veut encourager la population à prendre part à des conversations qui façonneront l'avenir de la santé et du système de santé dans la province, et croit fermement en une gestion efficace des ressources en vue d'améliorer les résultats pour la santé. Janet, vous pouvez maintenant désactiver la fonction silence sur votre ligne et prendre la parole.

Janet Knox :

Merci beaucoup et bonjour à tous. Je suis ravie de partager mes réflexions sur ce rapport. Je vais d'abord parler de l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse, puisque l'étude a été réalisée avant son existence. Nous avons créé l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse le 1^{er} avril 2015. Son mandat est de régir, de gérer et de fournir des services de santé à tous les habitants de la Nouvelle-Écosse en collaboration avec notre organisme partenaire, le Centre de soins de santé IWK, ainsi que de mettre en œuvre l'orientation stratégique énoncée dans le plan provincial sur la santé. Comme il a été dit plus tôt, l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse est en fait le résultat de la fusion des 9 régions régionales de la santé. Ces régions avaient diverses portées et responsabilités en matière de prestation de service, mais toutes avaient comme objectif d'élaborer un système de santé intégré à la collectivité. Notre analyse a porté sur 4 de ces anciennes régions régionales de la santé.

Durant la première année de sa création, l'organisme s'est efforcé de bâtir des fondations solides pour mieux servir la population de la Nouvelle-Écosse et offrir son soutien aux provinces de l'Atlantique. Nous avons mis l'accent sur les processus et les structures de gouvernance et de responsabilité, de manière à nouer les relations nécessaires pour que la collaboration, les partenariats et la participation puissent avoir lieu; établir les priorités et mesurer nos progrès; et définir les fondements de notre organisme — les attentes par rapport aux résultats, le développement d'un plan stratégique et l'obtention de résultats rapides afin que les médecins, les employés et les bénévoles qui travaillent avec nous au quotidien puissent s'attendre à ce que le changement considérable que nous entreprenons dans la province donne les résultats attendus. Je voulais donc décrire le contexte dans lequel nous travaillons et continuons de fournir les services auxquels les Néo-écossais tiennent et

s'attendent. Avant d'entrer dans le vif du sujet, j'aimerais dire à quel point je trouve ce rapport clair et concis. Il permet de bien comprendre les recherches effectuées et les résultats qui en découlent. Il est rédigé selon moi dans un langage accessible qui incitera les gens à le consulter et à réfléchir aux moyens d'utiliser l'information qu'il contient. Dans la mesure où les systèmes de santé des provinces connaissent de grands changements, cette étude dresse le portrait de la situation à un moment précis, ce qui selon certains peut poser un défi. Il est vrai que les données utilisées dans ce rapport sur l'efficacité datent de 7 à 9 ans. Cependant, pendant cette période, nous avons beaucoup appris sur nos systèmes de santé, sur leur incidence sur la population, et sur l'importance d'apporter des changements. Il y a 7 ans, la Nouvelle-Écosse s'est engagée dans un dialogue audacieux qui a conduit à la transformation de la structure du système de santé. Dès le départ, cette transformation a commencé par un simple plan de viabilité, mais les dirigeants du système de santé ont ensuite insisté pour axer les efforts sur l'amélioration des résultats pour la santé dans toute la province.

La gestion du changement exige de la concentration, des efforts et du temps bien investis. La population accorde beaucoup d'importance au système de santé et les collectivités sont souvent réticentes au changement, par crainte de résultats nuisibles au système. Je suis reconnaissante que ce rapport fournisse des données probantes qui appuient notre travail dans cette province. Je crois aussi que l'évaluation de notre système de santé est bénéfique pour l'ensemble du Canada. Cette comparaison [00:20:00] avec la Colombie-Britannique représente l'occasion idéale d'échanger et d'apprendre les uns des autres. J'ajouterais qu'ici, en Nouvelle-Écosse, nous avons constaté que nos collègues de partout au pays sont tout à fait disposés à discuter des défis, des réussites et des leçons apprises, au profit d'un meilleur système de santé pour les Canadiens.

Parlons maintenant du contenu qualitatif de ce projet en 3 volets. À mesure que nous utilisons nos données, nous constatons l'importance d'adopter une démarche qualitative lorsqu'il est question de parler aux gens de l'expérience dans leurs collectivités. Les données sont essentiellement quantitatives. Les données qualitatives qu'on y ajoute fournissent de précieux renseignements qui nous permettent de mieux comprendre comment orienter nos services et faire en sorte que les Canadiens soient en santé et le demeurent. Nous devons continuer dans cette voie, et je tiens à remercier l'Institut canadien d'information sur la santé de promouvoir un tel dialogue et de nous permettre d'en tirer des leçons. Parlons maintenant du cadre conceptuel de l'étude. J'utiliserai quelques exemples, car je ne veux pas aborder l'ancienne structure du système de santé, mais plutôt ce que nous faisons maintenant pour faire le lien entre le cadre conceptuel de l'étude et l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse. Selon moi, pour bien évaluer l'efficacité de notre système de santé, il est essentiel de comprendre quels en sont les objectifs et quelle est notre responsabilité à cet égard. Il y a un peu plus d'un an, nous avons franchi une

étape importante en créant l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse et conclu, pour la première fois dans l'histoire de la province, une entente de responsabilité. Nous avons défini le rôle du ministre et du ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse, de même que celui de l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse et du Centre de soins de santé IWK. C'est un premier pas très important.

Nous sommes à consolider et bâtir notre système de gestion de la performance, et nous savons qu'il reste encore beaucoup à faire pour créer des systèmes de gestion de l'information appropriés qui nous aideront à prendre des décisions efficaces. Ceci étant dit, il ne faut pas attendre que tout soit parfait. Nous pouvons utiliser l'information disponible au meilleur de nos capacités. Lorsque nous avons commencé la fusion des régions régionales de la santé, nous avons ciblé 3 aspects de la prestation de service à étudier pour réduire le temps d'attente. Dans le rapport, les participants ont parlé d'un manque de données sur les soins de longue durée; en fait, il faut trouver un moyen d'utiliser les données disponibles pour chaque étape du cheminement des patients dans le système de santé, afin de bien en comprendre l'incidence pour les patients, pour leurs proches et pour la collectivité. En soins de longue durée et dans les services à domicile, par exemple, nous avons constaté une attente exceptionnellement longue et des séjours prolongés en NSA dans les hôpitaux. Au cours des 14 premiers mois, le nombre de personnes en attente pour des soins de longue durée et des services à domicile a diminué de 70 %. Pour atteindre ces résultats, nous avons utilisé les données en vue de comprendre chaque étape du cheminement des patients, et mis en œuvre des pratiques exemplaires, comme la philosophie Chez soi avant tout, pour changer notre manière de travailler à l'échelle de la province. C'est la toute première fois que nous réduisons à ce point le temps d'attente pour des services à domicile. En suivant un processus semblable pour comprendre nos données, nous avons réussi à diminuer de 12 % le temps d'attente pour les services d'IRM dans l'ensemble de la province. Le temps d'attente pour une chirurgie orthopédique, un secteur particulièrement important, était parmi les plus longs, et nous avons réussi à augmenter de plus de 700 le nombre de patients traités. L'analyse de nos données nous a vraiment aidés à mieux comprendre le cheminement des patients et le processus d'accès à ce service, ce qui nous a permis de cerner les patients qui avaient attendu le plus longtemps. J'utilise ces exemples pour démontrer qu'on n'a pas à attendre d'avoir des données parfaites. Nous pouvons utiliser les données existantes pour nous pencher sur ce que nous pouvons améliorer. L'intégration de la gouvernance et de la prestation des soins à l'échelle du système est essentielle à notre travail en Nouvelle-Écosse, et ce rapport vient appuyer notre décision de créer une seule Autorité sanitaire œuvrant en partenariat avec d'autres organismes. Comme nous l'avons observé durant la première année, la création d'un système unique et intégré facilite l'utilisation des pratiques exemplaires, accélère la mise en œuvre de solutions et s'avère profitable à bien des égards.

Nous devons garder à l'esprit que la population servie chemine dans le système de santé; nos méthodes de travail doivent refléter ce cheminement. De cette manière, nous nous concentrons sur la population et non sur nous-mêmes. C'est pourquoi notre planification tient compte de l'ensemble du continuum, des soins préventifs jusqu'aux soins palliatifs, et repose sur la collaboration, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des résultats dans l'ensemble du système. Selon nous, les équipes de soins collaboratives, interdisciplinaires, communautaires et axées sur les soins de santé primaires sont à la base de notre travail. Nous sommes convaincus que l'intégration nécessite la pleine collaboration de tous les intervenants dans l'ensemble du continuum de soins. Pour surmonter les obstacles au partenariat et à la collaboration et mettre la santé de la population au premier plan, le système de santé doit être un bon partenaire et favoriser cette collaboration. Il faut donc établir des coalitions de leadership qui vont nous permettre d'éliminer les cloisonnements. La participation des médecins dans tous les aspects de cette entreprise est indispensable. C'est un travail difficile et essentiel, et nous avons choisi de mettre la collaboration avec les médecins à l'avant-plan et d'en faire un aspect central de nos efforts. J'aimerais ajouter que la mobilisation de tous les praticiens est essentielle au succès de notre système de santé, et nous ne devrions jamais tenir pour acquis que certains groupes sont prêts à s'engager dans tous ces changements. Nous sommes d'accord avec les approches proposées pour la rémunération. Il est grand temps de remplacer nos vieux modes de rémunération, particulièrement pour les médecins, et cette initiative exigera une grande collaboration.

Je suis entièrement d'accord avec la souplesse du financement et souhaite en savoir davantage sur ce qui se fait ailleurs au pays. En Nouvelle-Écosse comme dans les autres provinces, il a été plus facile de simplement augmenter les dépenses en soins de courte durée. J'œuvre dans le système depuis un bon moment à titre d'infirmière autorisée et je sais que nous avons inculqué aux collectivités l'idée que le système de santé repose sur les hôpitaux. C'est pourquoi nous travaillons très fort pour changer cette façon de penser et faire comprendre aux gens l'importance de toute la gamme de services offerts dans le système de santé. Nous devons nous concentrer sur les résultats. Par exemple, en Nouvelle-Écosse, nous avons mis sur pieds des conseils communautaires de santé particulièrement axés sur le mieux-être. Ces conseils sont formés de bénévoles dont la mission est de nous aider à mieux répondre aux besoins en santé de la population locale. Lors de la première année, nous avons d'ailleurs rétabli le financement visant à appuyer les initiatives de mieux-être pour signaler aux collectivités que nous accordons une grande importance à ce type de services. En résumé, je pense que notre organisme pourra utiliser ce cadre de travail pour discuter de l'efficacité du système de santé. Mais je crois que la participation significative du public est une stratégie clé qui fait défaut à notre cadre de travail. La gestion du changement est essentielle pour déterminer où le système de santé devrait canaliser ses efforts. Il nous faut maintenir un

dialogue direct et ouvert avec le public au sujet des enjeux, des objectifs et de notre stratégie si nous voulons apporter les changements nécessaires. Nous devons investir des efforts et des ressources considérables pour faire comprendre aux habitants de la province, aux gestionnaires et aux dirigeants du système de santé que ces changements sont nécessaires pour réorienter notre travail et obtenir de meilleurs résultats en matière de santé à l'échelle de la population.

C'est pourquoi l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse, en octobre 2015, a mis en œuvre un programme appelé *Talk About Health*. Ce programme, axé sur le public et la santé de la population, a pour objectif de favoriser un dialogue sur les faits et l'état de notre système de santé dans le cadre de notre première étape pour faire comprendre l'importance du changement. À ce jour, 1 000 personnes ont pris part à 42 conversations en personne à l'échelle de la province, et près de 10 000 personnes ont participé à des conversations virtuelles sur notre site Web au sujet de la santé de la population. Leurs conclusions sont sans équivoque. Nous devons mettre l'accent sur la santé de la population. C'est exactement ce que les données sur les dépenses et l'état du système de santé nous indiquaient, mais il faut d'abord mettre l'accent sur le fait que le changement doit être nécessaire. La prochaine étape de nos travaux commencera cet automne. Ensemble, nous élaborerons une [00:30:00] vision commune de ce que tout cela représente pour nous, et parlerons des mesures à prendre. Nous espérons que cette approche nous permettra d'abandonner certaines pratiques et d'adopter le vrai changement, par exemple avec les établissements de santé communautaires. Il faut que les individus et les collectivités s'intéressent et participent aux changements nécessaires, et ce rapport aborde l'aspect politique des soins de santé. Nous croyons que le travail sur le terrain dans les collectivités contribue à créer un environnement externe favorable. J'espère que certains de mes exemples ont montré que ce rapport constitue un cadre de travail propice à la réflexion et à l'apprentissage, et je crois que c'est de cela que notre province et notre pays ont besoin. Merci.

Dana Riley :

Excellent. Merci beaucoup, Janet, de nous avoir livré cette réflexion riche et informative sur l'efficacité du système de santé de votre point de vue, en Nouvelle-Écosse. Janet, pourriez-vous maintenant activer la fonction silence sur votre ligne? J'aimerais à présent inviter Susan Brown, vice-présidente et chef des opérations du service Hôpitaux et collectivités de Santé Interior, en Colombie-Britannique, à prendre la parole. Susan Brown est entrée au service de Santé Interior en 2011 et occupe son poste actuel depuis 2015. À ce titre, elle oriente les services de soins de courte durée à domicile et dans les collectivités. Elle œuvre également dans le secteur du transport des patients et des services paramédicaux afin d'améliorer l'intégration, la responsabilisation et la transparence dans ces volets de la prestation des services. Susan, veuillez désactiver la fonction silence sur votre ligne et prendre la parole.

Susan Brown :

Merci beaucoup. Janet, je crois que vous m'avez grandement facilité la vie : vous avez très bien résumé bon nombre de mes opinions. Nous sommes choyés d'avoir pu lire ce rapport et y réfléchir ensemble. J'aimerais tout d'abord vous transmettre quelques renseignements sur Santé Interior : nous couvrons effectivement un large territoire de 215 000 kilomètres carrés, soit un peu plus que l'Écosse et l'Angleterre réunies. Nos voisins et collègues de Santé Northern, qui sont peut-être à l'écoute, vivent aussi des problèmes majeurs liés à l'offre de services adéquats dans un territoire très vaste dont la population est dispersée. Nous sommes également l'une des 5 régions régionales de la santé de la Colombie-Britannique ainsi qu'une autorité sanitaire provinciale. Par ailleurs, la Régie de la santé des Premières Nations a été créée récemment, en 2013. Elle a commencé son mandat en mettant l'accent sur les soins communautaires et primaires, ce qu'elle fait toujours, et elle concentre ses efforts sur les membres des Premières Nations qui habitent dans des réserves. Alors ce rapport met certainement en lumière les éléments auxquels nous devons porter attention et couvre des sujets qui ne sont pas traités dans la littérature. Je vais donc tenter de ne pas répéter ce que Janet nous a dit, mais j'aimerais soulever 4 points. L'efficacité du système de santé, comme je l'ai lu dans le rapport, n'est pas entièrement attribuable au système de santé lui-même, bien sûr. Les politiques sociales peuvent influencer sur de nombreux aspects et entraîner évidemment des réformes. En Colombie-Britannique, nous profitons véritablement d'un large éventail de services et de programmes sociaux, mais nous sommes toujours aux prises avec de nombreux enjeux. Lorsque je pense aux changements survenus au cours des 2 dernières décennies, qui ont considérablement transformé l'allure des urgences et des hôpitaux ou qui peuvent encore entraîner des changements dans l'avenir, quelques éléments qui ont réellement eu une incidence me viennent à l'esprit. Nos politiques sur le tabagisme, les casques de vélo, les ceintures de sécurité, etc., ont changé les choses au quotidien, et je crois que c'est aussi le cas aux États-Unis et à New York, où des politiques sur les boissons sucrées sont en cours d'élaboration, ce qui, bien sûr, a une grande incidence sur la santé. Et tous les ministères, pas uniquement celui de la Santé, peuvent influencer sur la santé et le bien-être de notre population — pensons à l'éducation, au développement social, à l'environnement, au ministère de l'Enfance et de la Famille... La liste est longue et il n'y a qu'à songer aux nombreuses populations touchées par plusieurs ministères (par exemple, la santé mentale).

Le deuxième point dont j'aimerais vous parler porte sur les dépenses en santé. Les sommes proviennent d'un budget fixe et on nous incite tous à faire preuve d'innovation et à veiller à ce que l'argent soit utilisé le plus efficacement possible. Et par là, j'entends offrir des soins de qualité élevée ou supérieure pour un montant équivalent ou moindre. Le problème de l'innovation se pose lorsque la solution est absolument parfaite pour le patient et qu'elle peut réduire la durée du séjour, mais qu'elle augmente la capacité de traitement dans tous nos hôpitaux. Par exemple, une solution

exceptionnelle a été mise en place à Santé Interior, soit la récupération rapide après une chirurgie colorectale. Nous avons lancé cette initiative il y a environ 4 ans et elle a été reprise par 8 de nos grands hôpitaux qui procèdent à ce type de chirurgie. Écoutez, nous avons tellement réduit la durée du séjour que pour chaque patient que nous pouvions opérer auparavant, nous en traitons maintenant 2 ou 3 dans la même période. Et comme nous le savons tous, la première et la deuxième journée du séjour à l'hôpital sont les plus coûteuses. L'enjeu est donc d'inciter nos équipes et notre personnel à penser en termes d'innovation et de qualité, mais ce faisant, nous augmentons parfois les coûts si nous sommes incapables de réduire le service en aval. Nous parlons beaucoup d'innovation dans les soins de santé et c'est l'un des aspects que j'aimerais approfondir : comment innover et appliquer de bonnes idées tout en réduisant les coûts? Un autre volet de mon exemple est la technologie nécessaire, qui gruge également nos budgets.

Le troisième point est que l'intégration va bon train en Colombie-Britannique, ce qui nous donne beaucoup d'avantages, comme l'indique le rapport. L'enjeu d'une telle intégration devient la difficulté de réagir rapidement : tous nos faits et gestes se répercutent et ont une incidence ailleurs dans le système. Cela étant dit, l'intégration nous permet, comme province, de concentrer nos efforts sur une initiative commune, ce qui a pour effet, je crois, d'entraîner des changements plus importants. Nous cherchons plus particulièrement à rendre le secteur des soins primaires plus solide en vue de réduire l'utilisation des services hospitaliers et, en fait, toute la dépendance envers les soins hospitaliers, et en particulier nos urgences. Comme vous pouvez l'imaginer, cela requiert des efforts considérables, mais nous pouvons apprendre des autres et travailler ensemble, ce qui constitue, à mon avis, la beauté de l'intégration. Le rapport cite nos collègues de South Shore, qui rendent bien compte de notre cheminement en Colombie-Britannique. Leur commentaire porte sur l'acte de foi, qui a été abordé, je crois, dans l'introduction de la conférence Web d'aujourd'hui. À mon avis, nous, en Colombie-Britannique, sommes actuellement en plein cœur du processus, et nous ne recevons aucun montant supplémentaire pour les services de soins de courte durée. Comme tous les investissements vont dans les collectivités, nous faisons cet acte de foi et voilà où nous en sommes. Il reste encore 2 ans à ce mandat de restructuration des services communautaires.

Le quatrième point que je voulais aborder est celui de la population effectivement très vieillissante. Je crois qu'à Santé Interior, nous avons probablement la plus grande proportion de personnes de plus de 85 ans par habitant de la province. Et, comme vous le savez, c'est souvent à cet âge que les problèmes commencent à apparaître, alors nous essayons vraiment de trouver des moyens différents d'offrir des services en dépendant moins des services offerts en établissement. Je pense entre autres à la télésanté, aux suivis de santé à domicile et, encore une fois, aux solides services intégrés

dans le secteur des soins primaires. Et nous devons mettre à contribution nos collègues médecins. Je travaille depuis 20 ans en dyade, dans un modèle de leadership conjoint, en Colombie-Britannique, ce qui à mon avis est essentiel. Les responsables des opérations ne peuvent pas devancer les médecins et les médecins, lorsqu'ils ont de bonnes idées, ont besoin de l'appui des responsables des opérations. J'aurais voulu que le rapport approfondisse davantage la mobilisation et la rémunération des médecins. J'aimerais qu'il y ait plus d'analyses à ce sujet et sur l'incidence de ces facteurs sur l'atteinte de nos objectifs. Un autre point auquel j'ai pensé pour améliorer le rapport, ou peut-être alimenter une prochaine phase, est la pertinence des services offerts. L'un des problèmes, et Janet parlait tout à l'heure de chirurgie, c'est que lorsque certains services sont utilisés davantage, nous dépendons beaucoup de nos chirurgiens pour savoir s'ils sont appropriés ou non; des travaux sur ce sujet pourraient donc s'avérer utiles à l'avenir.

Par ailleurs, comme il a déjà été mentionné, nous avons des responsabilités au sein de notre système. Le gouvernement nous envoie chaque année aux autorités sanitaires une lettre de mandat que nous devons appliquer et respecter [00:40:00]. Janet a aussi parlé de l'engagement de la collectivité et des intervenants. Dès le départ nous avons mis de l'avant nos plans pour un mode de vie sain, qui mettent réellement à contribution la police, les gouvernements locaux, les écoles, les organismes sans but lucratif et la collectivité dans son ensemble. À mesure que les autorités sanitaires poursuivront la planification des services ruraux, nous verrons un plus grand engagement de ces partenaires et du système de santé rural dans son ensemble. Finalement, j'aimerais simplement vous remercier de m'avoir donné l'occasion de passer en revue ce document qui, je crois, nous sera réellement utile, en Colombie-Britannique, pour la suite des choses.

Dana Riley : Excellent. Merci, Susan, de nous avoir fait part de votre point de vue sur l'efficacité du système de santé. Je vais maintenant désactiver la fonction silence sur la ligne des participants.

RVI : [La conférence n'est plus en mode lecture].

[Conversation hors sujet]

Dana Riley : Bon, j'aimerais maintenant rappeler à tous les participants de bien vouloir activer la fonction silence sur leur ligne téléphonique en appuyant sur la touche appropriée ou sur étoile 6 pour réduire le bruit de fond.

[Conversation hors sujet]

Dana Riley : Vous pouvez appuyer sur étoile 6 ou sur la touche appropriée de votre téléphone pour activer la fonction silence sur votre ligne.

[Conversation hors sujet]

- Dana Riley : D'accord. Maintenant, si vous souhaitez formuler un commentaire ou poser une question, veuillez utiliser la fonction Lever la main d'Adobe. Je dirai votre nom, puis je vous demanderai de désactiver la fonction silence sur votre ligne avant de nous faire part de votre commentaire ou de votre question. Nous n'avons reçu aucun commentaire jusqu'à présent dans la boîte de conversation, donc peut-être que l'une de nos présentatrices aimerait lancer la discussion. OK, Joanna, vous pouvez poser votre question. Désactivez la fonction silence sur votre ligne en appuyant sur étoile 6, puis allez-y. C'est une question de Joanna, du Manitoba. Parfait, merci Joanna.
- Joanna : J'aurais une question pour M^{me} Knox. J'ai peut-être mal entendu, mais comme je l'ai noté ici, je crois que vous avez fait un commentaire selon lequel nous devons nous concentrer sur les patients, et non sur nous-mêmes, puis vous avez ensuite évoqué la nécessité de décloisonner les activités. J'aimerais beaucoup que vous précisiez votre pensée à ce sujet.
- Janet Knox : Je vous remercie pour votre question. Notre vraie priorité doit être la santé de la population et nous devons vraiment comprendre le cheminement de nos citoyens, de nos résidents dans le système de santé. Nous devons comprendre leur expérience du point de vue de l'efficacité de la prestation des services. Nous devons vraiment solliciter leur opinion. Je voulais soulever la question sous l'aspect qualitatif. Pour ce qui est des collectivités, nous avons de l'expérience sur le terrain. Nous disposons actuellement de ce qu'on appelle un profil de chacune de nos collectivités, puis de groupes de collectivités. Nous visitons les collectivités et nous parlons à certains groupes de ce que nous voyons et de ce que nous comprenons, puis nous discutons avec eux de l'expérience qu'ils vivent dans cette collectivité. Nous en ressortons avec un plan qui peut être différent quant à ce qui nous semble vraiment important. La question du transport, entre autres, pose des défis. Qui sont les gens qui sont touchés et comment ont-ils accédé aux services? Si nous regardons seulement l'information factuelle « voici la population, les données démographiques, leur dénombrement exact, » [inaudible] c'est de cela dont je parlais. Nous devons vraiment nous concentrer sur notre population et sa réalité.
- Joanna : Merci pour vos commentaires. Je ne sais pas si vous êtes à l'aise de commenter un peu votre propos « nous concentrer sur les patients, et non sur nous-mêmes ».
- Janet Knox : Pardon?
- Joanna : Et certains des obstacles potentiels dont nous devons être conscients à cet égard.
- Janet Knox : D'accord.
- Dana Riley : Excusez-moi, mais avant que vous poursuiviez, ici Dana de l'ICIS à Ottawa. J'aimerais seulement demander aux participants de ne pas appuyer sur la

touche de mise en attente (Hold) de leur téléphone. On entend les signaux sonores de mise en attente sur la ligne de téléconférence et c'est très dérangeant. Alors s'il vous plaît, n'utilisez pas la fonction de mise en attente sur votre téléphone : appuyez sur étoile 6 pour activer ou désactiver la fonction silence sur votre ligne ou encore utilisez la touche de mise en attente de votre téléphone.

Janet Knox : D'accord. Ça va?

Janet Knox : C'est encore Janet Knox qui parle. Alors merci pour votre question à propos de « nous-mêmes ». Je faisais surtout allusion à tout le concept qui entoure la collaboration, le partenariat et le décloisonnement; à la capacité de vraiment pouvoir se détacher de notre point de vue de dirigeant pour se positionner comme représentant du système de santé. Comment devenir des dirigeants qui collaborent, comment bâtir délibérément des partenariats et des réseaux afin de nous concentrer ensemble sur notre population? Je parle surtout des disciplines et d'autres concepts du genre. Je parle du système, de nos organisations qui se retroussent les manches, et d'être un partenaire qui prend parfois les devants, qui travaille et collabore parfois avec d'autres organisations. Parce que, comme Susan Brown l'a dit, il ne s'agit pas seulement... Si nous parlons de la santé de la population en général, de la santé des nôtres, le système de santé n'est qu'un aspect de la solution pour y arriver. Nous devons donc nous percevoir vraiment comme des collaborateurs — une organisation qui collabore et noue délibérément des partenariats, puis qui agit comme un partenaire sans toujours chercher à prendre les commandes.

Joanna : Merci.

Dana Riley : Excellent. Merci pour cette réponse, Janet. Quelqu'un d'autre aurait une autre question pour Janet Knox ou Susan Brown?

[Conversation hors sujet]

Dana Riley : Bon. Alors je pourrais peut-être lancer la discussion et demander à Janet, Susan ou Sara : pour l'ICIS, parmi les dimensions résumées dans le cadre de l'ICIS pour améliorer l'efficacité du système de santé, lesquelles vont dans le même sens que les stratégies d'amélioration du rendement que vous mettez en place dans votre région?

Susan Brown : C'est Susan qui parle. Je vais commencer et inviter les autres à se joindre à moi. J'ai surtout retenu deux éléments qui me semblent importants : le suivi du rendement et la responsabilisation. Ces éléments nous aident beaucoup dans notre processus décisionnel. Nous avons investi beaucoup dans la création d'une matrice ou d'un tableau de bord provincial en Colombie-Britannique pour que tous les conseils d'administration se concentrent sur la même chose. Et il y a quelque chose de la matrice dans le concept de suivi du rendement, qui tient compte de la qualité, des coûts et de beaucoup d'autres

éléments. Cela étant dit, je crois que l'important est de ne pas avoir trop d'indicateurs, car ça devient presque impossible de faire le suivi de tous les indicateurs. Alors je crois que la province a fait un excellent travail en se concentrant sur les éléments essentiels au fonctionnement du système, ce qui aide vraiment les cadres supérieurs de la province à mettre l'accent sur les processus décisionnels ainsi que sur le suivi et l'harmonisation des produits livrables clés, ce qui nous mène au point suivant sur la gouvernance et la prestation des soins. La gouvernance et la prestation des soins sont réellement interconnectées. Comme nous l'avons abordé en parlant de l'intégration, nous concentrons tous nos efforts sur la même initiative, ce qui devrait favoriser un changement plus marqué dans la province pour ce qui est de nos résultats dans certains secteurs ciblés, notamment les soins primaires dans le cas qui nous occupe. Il y a d'autres dossiers majeurs sur lesquels travaillent toutes les autorités sanitaires, ce qui nous ramène en fin de compte à l'intégration et à la gouvernance, et la plupart de ces dossiers sont actuellement gérés séparément. En fait, ils s'imbriquent tous — par exemple, les soins aux aînés, la santé mentale, les soins en milieu rural, les soins primaires — et nous nous penchons aussi sur l'attente en chirurgie dans la province. Tout cela découle en fait du bon fonctionnement des soins primaires et de l'accès aux soins dans le système.

Janet Knox :

Je suis d'accord avec Susan. Je dirais que le suivi du rendement aux fins de responsabilisation et de prise de décisions nous permet [00:50:00] de nous concentrer sur les mesures à prendre afin d'offrir un système approprié qui est capable d'aider nos citoyens et de nous fournir des façons de savoir si nous y parvenons. Il m'est toutefois difficile de séparer cet élément des autres facteurs, parce qu'il ne suffit pas de simplement faire le suivi et prendre les décisions nous-mêmes, uniquement en tant que système, relativement à nos besoins . Si nous ne mettons pas vraiment l'accent sur le suivi du rendement, sur une véritable responsabilisation et une véritable transparence, nous n'y arriverons pas. Alors c'est très, très important. L'autre question est de savoir comment concevoir un système qui nous permette de le faire correctement. Ce serait ma vision des choses.

Dana Riley :

Parfait, merci à vous 2. Quelqu'un d'autre aimerait partager son expérience avec le suivi du rendement ou sa mise en œuvre dans sa région? Et je voudrais rappeler aux participants de la téléconférence qui souhaitent poser une question de bien vouloir utiliser la fonction Lever la main d'Adobe. Votre question peut porter sur les sujets que nous avons déjà abordés, et si vous avez une autre question à poser à l'une ou l'autre de nos expertes, n'hésitez pas à le faire. Je vous rappelle que Susan Brown devra raccrocher dans environ 10 minutes, alors si vous avez des questions pour Susan, vous pouvez les poser en utilisant la fonction Lever la main d'Adobe et nous les traiterons en priorité.

[Conversation hors sujet]

- Dana Riley : D'accord. Alors Susan ou Janet, pouvez-vous nous en dire davantage sur les partenariats que votre région établit avec d'autres secteurs pour améliorer la santé de la population? Nous faire part des interventions particulières que vous avez mises de l'avant pour régler les problèmes de santé de la population?
- Janet Knox : D'accord. C'est Janet qui parle. Oh, Susan — je pourrais peut-être commencer — non, tu devrais commencer, Susan, puisque tu dois partir dans 6 minutes. Excuse-moi.
- Susan Brown : Non, ça va, vas-y et j'interviendrai quand tu auras terminé.
- Janet Knox : Je serai très brève. Je parlerai des partenariats, dans le cadre de notre approche avec nos 9 anciennes organisations, pour aller de l'avant avec l'organisation fusionnée. Il faut vraiment se demander, pour chaque question, qui est la population visée et quels sont les principaux partenaires que nous devons réunir autour de la table. Dans le secteur de la santé mentale et des dépendances, nous avons des exemples exceptionnels de partenariats avec la police, le ministère des Services communautaires, les collectivités, les groupes de soutien locaux et d'autres organismes du genre. Nous avons appris par le passé, entre autres, que nous devons vraiment définir nos objectifs communs et présenter les rôles, les objectifs communs et nous mettre d'accord. Il faut décider qui sera responsable de quels aspects et évaluer systématiquement nos progrès collectifs. Je peux vous donner un autre exemple, soit notre façon d'aider les enfants et les jeunes dans leurs milieux scolaires ainsi que de faire une place aux participants et aux professionnels du système de santé dans les écoles, et de collaborer avec l'école pour offrir un soutien et favoriser la santé et le bien-être à long terme dans les écoles. Ce sont là quelques exemples.
- Susan Brown : Merci, Janet. C'est Susan qui parle. Comme Janet l'a dit, nous suivons des approches semblables ici : nous travaillons en étroite collaboration avec la police pour assurer la sécurité et le bien-être des clients en santé mentale jusqu'à ce que nous les prenions en charge ou qu'ils se présentent dans la région. Nous avons reçu des subventions d'autres organismes de santé mentale sans but lucratif gérés dans la collectivité. Ces subventions nous aident à mieux répondre aux besoins des patients qui viennent nous voir en réclamant de l'aide pour un problème qui ne nécessite pas forcément une visite à l'urgence. Nous avons aussi établi de solides partenariats avec les centres de soins palliatifs pour nos besoins dans ce domaine, ainsi qu'avec le milieu de vie communautaire, où nous avons collaboré avec les gouvernements locaux dans les régions. De nombreuses personnes étaient présentes autour de cette table. Ces plans ont permis aux collectivités d'obtenir des subventions pour venir en aide aux aînés. Nous avons aussi travaillé avec le milieu scolaire ou autre sur des aspects de la vie saine, que ce soit des jardins locaux pour l'approvisionnement en nourriture ou différentes

possibilités pour les aînés en ce qui a trait aux programmes de jour pour adultes. Merci.

Dana Riley : Excellent. Merci beaucoup à vous 2. Nous avons une question provenant de la fonction de clavardage. Elle nous vient de RCHS, et on demande dans quelles ressources vous avez investi ou quelles ressources vous avez obtenues pour gérer le changement?

Susan Brown : C'est Susan qui parle. Je pourrais peut-être intervenir en premier. En ce qui a trait aux 5 ou 6 dossiers prioritaires dans la province, nous avons plutôt réorganisé notre équipe pour appuyer les équipes fonctionnelles déjà en place et responsables de chacun de ces dossiers pour induire le changement. Chaque dossier a un responsable de la stratégie, un gestionnaire de projet et tout autre intervenant nécessaire pour réaliser un changement, quel qu'il soit — ressources humaines, finances, notre personnel de soutien administratif, notre personnel de bureau — en nous assurant que des équipes spécialisées sont en place. Nous avons détaché ces personnes de leur emploi habituel pour mettre l'accent sur ces 5 initiatives et les mettre de l'avant.

Janet Knox : C'est Janet qui parle maintenant. Nous vivons une réalité très similaire. Lors de l'établissement de l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse, nous avons créé un bureau de la transformation dirigé par un cadre de direction. Ainsi, la gestion du changement, la gestion de projets, le soutien aux ressources humaines, l'aide financière aux différentes étapes des projets sont des éléments importants de notre travail.

Susan Brown : Une autre chose que j'ai oublié de mentionner — c'est Susan qui parle —, c'est que nous disposons, ici en Colombie-Britannique, d'un réseau de représentants des patients qui travaillent avec les résidents de notre province pour les aider à se préparer à rencontrer des professionnels de la santé. Ils s'intéressent réellement aux soins axés sur les patients et nous leur donnons voix au chapitre dans plusieurs de nos réunions et à notre table actuelle d'élaboration de stratégie [inaudible] pour améliorer le système en adoptant le point de vue du patient.

Janet Knox : C'est Janet qui parle. Merci beaucoup, Susan, d'avoir soulevé ce point. J'ai aussi oublié de parler de notre planification. L'expérience et les commentaires des patients, des familles et des collectivités font partie du plan en ce sens qu'ils nous permettent de vraiment comprendre leur expérience, mais aussi de connaître leurs suggestions dans le cadre de la planification de nos services à l'échelle provinciale en fonction de leurs besoins. Alors merci d'avoir soulevé ce point.

Dana Riley : Merci à vous 2 d'avoir partagé vos points de vue. Nous avons une question de Melina ici qui porte sur les sujets que vous venez d'aborder. Elle demande si vous accepteriez de parler du rôle et de l'importance de la société civile pour renforcer le système de santé et des façons d'inclure les organismes de

bienfaisance et les partenaires du secteur sans but lucratif dans ces conversations. Susan, voulez-vous répondre en premier? Je sais que votre temps est —

Susan Brown : D'accord, merci. Alors oui, absolument, cela revient un peu, jusqu'à un certain point, à demander aux gens d'être responsables de leur propre santé. Je crois sincèrement que la politique sociale prend tout son sens si l'on considère l'ampleur de la sensibilisation du grand public à l'alimentation, à l'exercice et au mode de vie sain. Par ailleurs, les organismes sans but lucratif peuvent jouer un rôle important dans notre travail. Je pense à la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, à toute la somme de publicité et d'efforts qu'elle déploie pour que le public soit bien au fait des choses à éviter et de l'importance d'avoir accès rapidement aux services dès l'apparition de symptômes. Nous avons en outre établi de très solides partenariats, dans la région sanitaire Santé Interior, avec des organismes sans but lucratif du secteur de la santé mentale et, plus récemment, de la santé mentale des enfants et des jeunes. Nous essayons vraiment de cibler ce type de service de façon à ce qu'il soit significatif pour les jeunes. C'est là une approche un peu moins traditionnelle que celle du système de santé classique. Et il faut vraiment se pencher sur les soins de type palliatifs. Beaucoup d'entre nous le savent [01:00:00] — une atmosphère décontractée qui permet aux gens d'aller et de venir à leur guise et ne leur donne pas l'impression de vivre en établissement. La possibilité de manger au moment qui leur convient et d'offrir un environnement différent de celui des hôpitaux ou des établissements. C'était quelques exemples, merci.

Janet Knox : Dans le cas de l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse, comme nous sommes une organisation relativement jeune, nous disposons d'un nouveau plan stratégique. Pour les 3 prochaines années, 3 secteurs importants sont définis, dont l'un est la création d'un lien avec les Néo-Écossais pour un avenir plus sain. Notre engagement est d'amener les Néo-Écossais à promouvoir et à appuyer notre responsabilité conjointe en matière de santé et d'amélioration de l'état de santé. Alors pour aborder le sujet de la santé, nous formons des partenariats avec des conseils municipaux, des gouvernements locaux, des conseils communautaires de santé, des écoles, des chambres de commerce et autres organismes du genre, l'African Nova Scotia Health Coalition, le Réseau Santé, c'est-à-dire notre peuple acadien. Nous engageons ainsi un dialogue mutuel pour montrer que nous sommes tous concernés, et que nous voulons parler des habitants de la Nouvelle-Écosse aux habitants de la Nouvelle-Écosse. Ce qu'on essaie de faire comprendre, en fait, c'est que nous ne sommes pas là pour dire quoi faire, mais plutôt pour apprendre ensemble ce que nous devons faire ensemble pour un avenir meilleur. Et nous avons vraiment réussi à mettre à contribution le secteur sans but lucratif. Depuis 14 ans, dans notre province, les régies régionales de la santé ont le mandat de mettre en place des systèmes communautaires intégrés. Nous avons donc beaucoup d'expérience dans ce domaine et ces

organismes s'attendent à être mis à contribution. Nous amorçons ces travaux à un excellent moment. Et dans toutes nos conversations, nous avons surtout mis l'accent, grâce aux processus d'Agrément Canada en place depuis de nombreuses années, sur la santé de la population, ce qui a vraiment aidé nos intervenants — les médecins, les employés et les bénévoles de notre système — à s'intéresser vraiment à la santé de la population. Nous le savons parce que nous constatons à chaque sondage que quelque chose se passe et que cette conversation est bien réelle. Alors nous ne devons jamais perdre de vue l'importance d'amener les gens à se sentir responsables de leur santé et de s'engager avec nous.

Susan Brown : C'est Susan qui parle maintenant. J'ai un dernier commentaire, puis je vais devoir vous quitter malheureusement. Un autre élément joue en notre faveur : la région Santé Interior compte 54 Premières Nations, dont 7 avec lesquelles nous avons signé des lettres d'entente. Cela nous aide beaucoup à mettre en place un système capable d'offrir d'excellents soins de santé à ces populations en tenant compte de leur culture. C'est l'une des différences majeures que j'ai remarquées dans le système de santé au cours des 5 dernières années et qui alimente vraiment ce partenariat avec les Premières Nations, ce souci du respect de la culture de l'autre dans l'offre des soins afin qu'il se sente le bienvenu dans notre système. Je vous remercie, ce fut un plaisir de réfléchir à votre rapport en votre compagnie et nous attendons les projets futurs avec intérêt. Merci beaucoup.

Dana Riley : C'est parfait. Merci Susan d'avoir été des nôtres aujourd'hui. Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir pris le temps de nous faire part de vos expériences. Encore une fois, merci. J'ai une question ici pour les autres participants, et pour Janet Knox qui est toujours avec nous, au téléphone : on me demande le nom de la stratégie dont parlait Janet Knox. Je crois qu'il s'agit de votre stratégie *Talk About Health*.

Janet Knox : C'est bien cela.

Dana Riley : Et le document est-il accessible au public?

Janet Knox : Rendez-vous sur notre site Web engage4health.ca pour tout savoir sur la stratégie.

Dana Riley : Parfait, merci. Je reviens à une question qui nous a été posée un peu plus tôt sur la résistance culturelle et les attentes du public. Et le RCHS demande dans quelle mesure les attentes du public ne cadraient pas avec votre plan?

Janet Knox : Merci pour ces questions. Je répondrais que nous élaborons notre plan avec la participation du public. L'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse a été créée dans le but de centraliser la prestation des services et de mettre l'accent sur la santé de la population. Cela étant dit, comme beaucoup d'entre nous l'ont vécu, les utilisateurs éprouvent un fort sentiment d'attachement envers leurs établissements, leurs services locaux et leur collectivité. Nous nous sommes

donc engagés à travailler avec les citoyens de cette province pour planifier le système ensemble. Comme je l'ai mentionné plus tôt, un des éléments essentiels dans la planification de nos services est l'engagement des praticiens qui travaillent dans le programme que nous souhaitons planifier, ainsi que celui des bénéficiaires de services et des collectivités où les services sont offerts. Ce sont les travaux que nous entreprenons en ce moment.

Dana Riley :

Merci, Janet.

Femme :

(Inaudible) Vous avez des questions ou des commentaires?

Homme :

Non, ça va.

Dana Riley :

J'aimerais seulement vous rappeler, si vous ne prenez pas part à la discussion, de bien vouloir activer la fonction silence sur votre ligne en appuyant sur la touche appropriée ou sur étoile 6. Si vous avez d'autres questions, vous pouvez utiliser la fonction Lever la main d'Adobe ou écrire votre question dans la fenêtre de conversation. Y a-t-il des membres de notre groupe consultatif d'experts au bout du fil? Avez-vous des questions sur le projet? Alors je m'adresse aux participants à l'écoute : Comment réussissez-vous à amener les médecins à participer à certaines de ces conversations sur les changements visant à accroître l'efficacité du système de santé? Ou quels sont les obstacles à la participation des médecins au processus qui permettrait de modifier le système de santé pour en accroître l'efficacité? Quelqu'un aurait des exemples précis de méthodes gagnantes pour faire participer les médecins de sa région? Je vois en ligne un groupe de Santé Northern : aimeriez-vous nous faire part de vos commentaires ou de votre point de vue sur le rapport ou sur votre façon de mettre à contribution les médecins de votre région? Si vous voulez formuler un commentaire, je vous invite à le faire : désactivez la fonction silence sur votre ligne en appuyant sur étoile 6. — Sara Guilcher. Sara, s'il vous plaît, désactivez la fonction silence sur votre ligne et allez-y. Sarah Guilcher, vous pouvez désactiver la fonction silence sur votre ligne et poser votre question. Sara est en train de nous poser sa question avec la fonction de clavardage, je vais la laisser écrire sa question et je pourrai vous la transmettre.

Catherine Gaulton :

Oui, bonjour, c'est Catherine Gaulton, j'ai dû m'absenter une minute. Vous demandiez des exemples [01:10:00] sur les moyens d'inclure les médecins dans ces efforts. Je viens de la Nouvelle-Écosse, du même coin de pays que Janet, et je dirais qu'il nous apparaît très important est de discuter de la qualité et de la sécurité des services offerts à nos collectivités. Et c'est un sujet qui interpelle immédiatement les médecins, tout comme les données directement liées à la pratique. Et lorsque je parle de pratique, je veux dire une pratique très proche de l'interaction avec les médecins, et non les données les plus générales du système, qui peuvent servir à approfondir les sujets. Cette façon de faire remporte un succès instantané et durable auprès des médecins. C'est du moins l'expérience que nous avons vécue. Bien sûr,

ça ne se résume pas à cela, mais je ne veux pas prendre le temps de tous les participants, je voulais simplement ajouter ce point.

Dana Riley : Excellent. Merci Catherine. Poursuivons maintenant avec la question de Sara Guilcher. Elle voudrait en savoir davantage — la question est à votre intention, Janet — à propos du programme *Talk About Health* et connaître les différences au chapitre des priorités chez les membres des collectivités quant aux priorités.

Janet Knox : Merci beaucoup, Sara. Alors, nous avons analysé le contenu de toutes les conversations et il y a un assez bon consensus. J'aimerais simplement vous rappeler que la première phase de la conversation visait vraiment à connaître l'état de santé des Néo-Écossais et les facteurs sous-jacents. Alors, que nous indiquent les données et quels sont, à notre avis, les éléments importants pour promouvoir la santé? Et la conversation s'est dirigée sur le fait nous devons apprendre à bien vivre en tant que province. Nous devons, et c'est une responsabilité de citoyen, créer des systèmes ou offrir du soutien au niveau des collectivités, mais également mettre un accent sur la prévention pour aider les gens à bien vivre. La conversation a ensuite porté sur nos politiques, à savoir si nous devons effectuer ou non une évaluation des politiques efficaces, comme l'évaluation de l'incidence sur la santé. Nous avons beaucoup parlé de cloisonnement dans la prestation des services. Il faut dire qu'il y a environ 2 ans et demi, une commission s'est déplacée dans notre province pour engager une vraie discussion sur la prospérité économique. Un des commentaires issus du rapport était qu'étant donné notre petite taille, les collectivités ne devaient pas se concurrencer, mais plutôt collaborer davantage. Nous avons soulevé, lors de cette discussion provinciale, le fait que nous avons les 3 C : coopérer, collaborer et coordonner nos efforts, ensemble, afin de les maximiser. Et soulignons l'importance de vraiment trouver des façons d'aider les Néo-Écossais à comprendre ce que nous devons faire. Nous avons aussi beaucoup discuté et écouté leurs commentaires sur le courage d'agir différemment et la façon d'inclure les autres pour pouvoir progresser. Et je dois vous avouer que ce fut bouleversant pour nous de constater qu'il faut prendre le temps de vraiment parler aux Néo-Écossais pour constater qu'ils sont en quelque sorte en avance sur nous. On se soucie d'avoir « ce que les gens veulent » et ceux d'entre nous qui œuvrent dans le système le savent d'après toutes nos expériences... Lorsqu'on essaie de changer les choses dans une collectivité et qu'il y a, disons 700 personnes à une réunion, cela nous amène à réfléchir à la façon de mobiliser les gens pour créer cette réalité ensemble. Nous envoyons ainsi le message aux Néo-Écossais que nous devons bien faire les choses et prendre notre temps. Et parallèlement, nous continuons de mettre l'accent sur l'efficacité et de traiter des sujets dont Catherine nous parlait — des façons de faire participer tout le monde à notre projet —, mais la réponse collective des Néo-Écossais est exceptionnelle.

Dana Riley : Excellent Janet. Merci de nous avoir fait part de votre point de vue à ce sujet. Est-ce que nos participants ont d'autres questions à l'intention de Janet Knox, notamment sur l'efficacité du système de santé ou certaines des principales dimensions traitées dans le rapport?

Dana Riley : Bon. J'ai reçu une question sur la flexibilité en matière de financement : Dans quelle mesure votre région est-elle capable de transférer des fonds destinés aux soins de courte durée vers les soins communautaires ou préventifs? Et cette question sur la redistribution des fonds s'adresse aussi bien aux participants de partout au pays qu'à vous, Janet.

Janet Knox : Bon, alors je pourrais commencer. C'est Janet qui parle. Dans le cadre de notre entente de responsabilité, nous sommes tenus d'adopter une démarche prévisible. Ainsi, si nous voulons modifier la prestation des services, nous devons respecter une certaine procédure. Ceci dit, lorsqu'on agit du point de vue de la population, si par exemple vous offrez des services aux personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique et que vous cherchez des façons d'utiliser les ressources dans l'ensemble du continuum des soins, il est possible de déplacer ces ressources. Le programme est toujours le même; peut-être que certains de ces services doivent être mis de l'avant dans la collectivité ou, par exemple, dans le cadre de notre philosophie de prioriser les services à domicile et d'aider d'abord les personnes qui auparavant auraient été traitées dans des établissements de soins de longue durée. En changeant notre perspective sur la façon de les soutenir pour qu'ils puissent retourner chez eux et continuer d'y recevoir de l'aide, nous devons faire preuve d'ouverture et de courage et présenter notre nouvelle façon de travailler. Nous devons aussi inclure notre bailleur de fonds dans la conversation. Nous pouvons le faire et nous devons nous rendre compte que c'est ce qu'il faut faire. C'est difficile parce que le coût des services de courte durée est très élevé et nous avons dû faire beaucoup d'investissements très appropriés et importants. Je vais donner un exemple : un de nos hôpitaux communautaires a récemment réorienté tout son processus d'aide aux aînés. À tel point qu'il a littéralement déménagé les unités : celle qui accueillait le moins de patients est devenue l'unité de soins de courte durée, et l'autre est devenue l'unité de transition qui met l'accent sur le soutien à domicile. Résultat? Nous avons constaté une baisse spectaculaire du nombre de personnes à un niveau de soins alternatif qui doivent rester à l'hôpital dans cette unité ainsi qu'une diminution de la liste d'attente pour le soutien et les services à domicile. En ce qui a trait à la prestation de services à domicile, nous avons réduit les coûts du programme de 500 000 \$ annuellement. C'est de la population dont il s'agit, des gens que nous aidons et de la meilleure façon d'utiliser nos ressources pour générer les meilleurs résultats pour la population. Voilà comment il faut voir son travail.

Dana Riley : Parfait, merci, Janet. Est-ce que d'autres participants aimeraient donner des exemples? Si vous avez des questions, vous pouvez les poser maintenant ou

utiliser la fonction de clavardage pour le faire, car nous allons commencer à conclure notre discussion d'aujourd'hui. C'est donc le moment de poser vos dernières questions, sinon nous allons conclure. Alors je cède la parole à Sara Allin pour le mot de la fin.

Sara Allin :

Merci, Dana. Et merci à tous ceux qui se sont joints à nous pour cette conférence Web. J'ai pris beaucoup de notes en écoutant Susan Brown et Janet Knox [01:20:00] nous faire part de leurs points de vue sur la pertinence des conclusions et sur les points que nous devons prendre en considération dans nos travaux futurs. J'ai surtout retenu que nous avons besoin d'en savoir davantage sur les façons d'innover et d'apporter les changements nécessaires pour accroître notre efficacité, tout en maîtrisant les coûts ou en les gardant dans les limites du budget annuel fixé. C'est un défi qui a été soulevé aujourd'hui et auquel nous devons réfléchir davantage dans le cadre de nos travaux. Nous devons également penser aux mesures de la pertinence et aux façons de reconnaître les services superflus ou de faible importance sur le plan clinique. Ces réflexions me rappellent certains travaux de l'ICIS sur ce thème de l'optimisation des ressources ainsi que notre partenariat avec Choisir avec soin, en vue de repérer les services qui offrent peu de valeur, que nous ne devrions pas offrir et qui devraient faire l'objet d'un rapport, alors nous collaborons avec eux dans ce projet.

J'ai aussi retenu que nous devons en savoir plus sur les façons efficaces d'inclure les médecins et les autres fournisseurs de soins, mais aussi sur la façon dont une modification de la rémunération pourrait influencer sur l'efficacité. Ce commentaire est souvent revenu dans nos entrevues avec les informateurs clés, mais nous pourrions en faire davantage pour tirer des conclusions à partir des renseignements recueillis sur les méthodes potentiellement efficaces et les changements à la rémunération qui pourraient se révéler appropriés. J'aimerais vous remercier pour tous ces commentaires et pour avoir pris le temps aujourd'hui d'attirer notre attention sur ce qui se passe en Nouvelle-Écosse. C'est notamment très intéressant d'en savoir plus sur la participation du public et nous aimerions aussi exprimer notre gratitude envers l'ensemble de nos 42 informateurs clés des régions Santé Interior et Santé Northern, du ministère de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse, qui nous ont fourni de l'information riche et réfléchie. Merci à notre groupe consultatif d'experts, dont plusieurs sont au bout du fil aujourd'hui; nous vous sommes très reconnaissants de votre aide et de votre soutien tout au long du projet. Martha Burd, par exemple, de la Colombie-Britannique, et Sara Guilcher de l'Université de Toronto, ainsi que nos lecteurs critiques, dont John Abbott qui participait aujourd'hui ainsi que Catherine Gaulton. Merci à notre équipe de projet : Jean Harvey, notre directrice, et Kathleen Morris, notre vice-présidente, Recherche et Analyse, pour leur aide et leur contribution à ces travaux. Pour conclure, comme je crois l'avoir mentionné plus tôt, l'ICIS s'engage à mieux comprendre l'optimisation des ressources, et ce n'est qu'un des aspects d'un vaste programme sur lequel

nous travaillons actuellement. Parmi les nombreux autres projets, dont nous attendons impatiemment la publication, mentionnons une étude sur le très populaire indicateur Coût d'un séjour à l'hôpital. J'ajouterai un autre projet qui porte sur l'efficacité du secteur des soins de courte durée aux patients hospitalisés et, comme je l'ai mentionné, le projet en collaboration avec Choisir avec soin pour reconnaître les services offrant une faible valeur clinique. Nous sommes ouverts à tous les autres commentaires ou toutes les questions sur ce rapport ou sur nos travaux. N'hésitez pas à nous les envoyer par courriel à l'adresse ispc@icis.ca. Nous serions ravis de poursuivre cette discussion. Je vous remercie et vous souhaite une excellente journée.

Participants : Merci à tous. Merci!