



**Réseau de la SRAP sur les innovations en soins de santé de première
ligne et intégrés**

Atelier de renforcement

30 avril au 2 mai 2014

Hôtel Sheraton Toronto – 123, rue Queen Ouest, Toronto (Ontario)

RAPPORT SOMMAIRE

Sommaire

Résumé	3
Contexte	4
Objectifs de l'atelier	4
Séance plénière d'ouverture et souper de réseautage (30 avril 2014).....	5
Allocution de bienvenue (jeudi 1er mai 2014)	5
Aperçu et mises à jour de la SRAP	6
Introduction aux réseaux.....	7
Dîner thématique : Réseautage avec les unités de soutien de la SRAP	8
Séances simultanées.....	9
a) <i>Intégration multisectorielle de stratégies de prévention en amont et de modèles de prestation des soins</i>	9
b) <i>Leadership efficace dans les domaines de la recherche, des politiques et de la pratique clinique</i>	14
c) <i>Mobilisation des intervenants dans la restructuration des soins intégrés</i>	16
d) <i>Pratiques et approches exemplaires en matière d'engagement des citoyens, des patients et de leur famille</i>	18
e) <i>Gouvernance</i>	21
Séance plénière, réception et compte rendu des séances simultanées (1er mai 2014)	22
Allocution de bienvenue (vendredi 2 mai 2014)	23
Façonner le Réseau (gouvernance du Réseau; centre de coordination du Réseau).....	23
Gouvernance du Réseau.....	23
Centre de coordination.....	24
Approches et principes à l'établissement des priorités	25
Séances simultanées (vendredi 2 mai 2014)	25
<i>Promotion de l'innovation et gestion du changement</i>	26
<i>Systèmes d'apprentissage : Leçons tirées des réseaux de recherche en santé publique fondés sur les pratiques</i>	26
Réflexions, conclusion et prochaines étapes.....	27

Annexe A – Participants à l'atelier de renforcement

Annexe B – Foire aux questions

Résumé

Le Réseau pancanadien de la Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés est un réseau de réseaux qui prend appui sur les réseaux provinciaux, territoriaux et fédéraux et les capacités nationales en soins de santé communautaires de première ligne. Il favorisera une nouvelle alliance entre la recherche, les politiques et la pratique pour créer des réseaux d'apprentissage dynamiques et réceptifs, qui mettent sur pied, évaluent et reproduisent à grande échelle de nouvelles approches de prestation de services intégrés et rentables dans l'ensemble du secteur de la santé et au-delà, et contribuent à de meilleurs résultats cliniques et à de meilleurs résultats pour la santé des populations, l'équité en santé et le système de santé.

Les membres de la direction tripartite des 11 réseaux régionaux ayant reçu des fonds de subvention de développement de réseau dans le cadre de la phase I de l'initiative du Réseau pancanadien, des représentants des IRSC et des membres de l'ANOPRS, les responsables des unités de soutien de la SRAP et d'autres intervenants se sont réunis à Toronto du 30 avril au 2 mai 2014 pour un atelier de renforcement.

Cet atelier visait à consolider chacun des réseaux régionaux et à établir les premiers liens entre les réseaux et les intervenants. Son apport a été essentiel dans la planification des IRSC pour les prochaines phases de l'initiative.

L'atelier a donné lieu à des interactions et à du réseautage informels, à des séances en sous-groupes axées sur l'échange de connaissances et d'expériences, à des séances simultanées auxquelles ont contribué des experts internationaux et à des présentations des membres de la direction tripartite de chacun des réseaux régionaux.

Dans une évaluation de l'atelier, 89 % des répondants (28 réponses) se sont dits satisfaits de l'activité dans son ensemble, et 70 % d'entre eux ont répondu que les objectifs ont été atteints. L'avantage le plus fréquemment mentionné a été la possibilité de réseauter et d'interagir avec les directeurs de réseaux régionaux.

Messages clés

- Chacun des réseaux et contextes régionaux est unique. En outre, chaque réseau régional en est à une étape différente dans son évolution et procure au Réseau pancanadien des ressources et des forces différentes.
- Les réseaux régionaux travaillent à répondre aux dix exigences pour les membres du Réseau ([En](#)/[Fr](#)) et en sont à des étapes différentes. Les intervenants ont indiqué que certaines des exigences sont particulièrement difficiles à respecter (comme l'intégration horizontale et verticale des soins à toutes les étapes de la vie des personnes et la mise en œuvre et l'évaluation de solutions de cybersanté) et qu'il y aurait lieu de moduler les échéanciers et les critères de la phase II pour veiller à ce qu'elles soient remplies.
- La portée du Réseau pancanadien est vaste, et les attentes sont grandes. Pourtant, les fonds sont limités, et les attentes doivent rendre compte de cette réalité.
- L'atelier s'est avéré une excellente occasion de commencer à transmettre de l'information sur chaque réseau régional, d'apprendre collectivement et d'entamer des discussions sur la gouvernance du Réseau pancanadien.

- Le Réseau pancanadien en est toujours à ses débuts. Les prochaines étapes seront réalisées conjointement avec les IRSC, les réseaux régionaux et les intervenants.

Contexte

Le Réseau pancanadien sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés de la Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) est un réseau de réseaux qui prend appui sur les réseaux provinciaux, territoriaux et fédéraux et les capacités nationales en soins de santé communautaires de première ligne. Il favorisera une nouvelle alliance entre la recherche, les politiques et la pratique pour créer des réseaux d'apprentissage dynamiques et réceptifs, qui mettent sur pied, évaluent et reproduisent à grande échelle de nouvelles approches de prestation de services intégrés et rentables dans l'ensemble du secteur de la santé et au-delà, et contribuent à de meilleurs résultats cliniques et à de meilleurs résultats pour la santé des populations, l'équité en santé et le système de santé. Cinq instituts des IRSC (Santé publique et des populations; Services et politiques de santé ; Vieillesse; Développement et Santé des enfants et des adolescents; Nutrition, Métabolisme et Diabète), en partenariat avec la Direction des plateformes et des grandes initiatives, dirigeront les efforts.

En mars 2014, 11 réseaux régionaux, chacun mené par des chefs de file dans les domaines de la recherche, des politiques et de la pratique clinique, ont reçu des fonds de subvention de développement de réseau dans le cadre de la phase I de l'initiative « Réseau pancanadien ». Ce financement vise à aider les réseaux à respecter les dix exigences auxquelles ils doivent se conformer pour devenir membres à part entière du Réseau pancanadien.

Pour aider à consolider les réseaux régionaux et à établir les premiers liens entre les réseaux, les IRSC ont organisé un atelier de renforcement. Le présent rapport expose les faits saillants des travaux réalisés pendant l'atelier et des dialogues liés à quelques-unes des principales possibilités qui s'offriront au Réseau pancanadien au fil du temps ainsi qu'à quelques-uns des grands défis qui l'attendent.

L'atelier a réuni 74 participants, dont les membres de la direction tripartite (ou un représentant) des 11 réseaux régionaux, les responsables des unités de soutien de la SRAP (ou un représentant), les représentants des membres de l'ANOPRS et d'autres organismes concernés, les partenaires et les directeurs scientifiques et des membres du personnel des instituts des IRSC. La liste complète des participants figure à l'annexe A. L'animation a été confiée à Lillian Bayne, de Lillian Bayne & Associates. Un sondage des membres des directions tripartites réalisé avant l'atelier a guidé l'élaboration des objectifs et du contenu de l'événement.

Objectifs de l'atelier

Les objectifs de l'atelier de renforcement étaient les suivants :

1. Améliorer la compréhension des buts, des objectifs et de la mise en œuvre progressive du Réseau de la SRAP sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés.

2. Soutenir et conseiller le personnel des réseaux membres pour leur permettre de satisfaire aux dix critères d'adhésion de base et ainsi de renforcer et d'optimiser les demandes présentées à la phase II.
3. Permettre aux membres des directions tripartites, aux partenaires et aux intervenants d'interagir et d'échanger sur la façon d'établir et de renforcer le Réseau.
4. Mettre en œuvre un processus d'établissement des priorités permettant de cerner les priorités interorganisationnelles du Réseau en matière de recherche.

Séance plénière d'ouverture et souper de réseautage (30 avril 2014)

Les participants à l'atelier ont été accueillis à la séance plénière d'ouverture ou au souper de réseautage de l'atelier de renforcement. Robyn Tamblyn, directrice scientifique de l'Institut des services et des politiques de la santé des IRSC, et Nancy Edwards, directrice scientifique de l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC, ont prononcé le mot d'ouverture et ont mis la table pour l'atelier avec leur présentation : Réseau de la SRAP sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés : du rêve à la réalité. Dans cette dernière, elles ont mis en lumière la vision du Réseau pancanadien et ont souligné l'importance de l'approche du système de santé en apprentissage, sur laquelle repose le réseau.

Le discours d'ouverture d'Erin Holve, directrice principale, Recherche et éducation dans la recherche sur les services de santé, AcademyHealth, a mis l'accent sur les systèmes de santé en apprentissage. Selon la vision sous-tendant ce type de système, les rencontres individuelles fournissent de l'information contribuant à améliorer les résultats cliniques des patients, les systèmes de soins de santé et la santé des populations. En outre, les systèmes de santé en apprentissage produisent et appliquent les meilleures données pour les choix de soins de chaque patient et de chaque fournisseur, orientent le processus de découverte comme conséquence naturelle des soins aux patients et assurent l'innovation dans les soins de santé, de même que leur qualité, leur sécurité et leur valeur. La Dre Holve a souligné quelques-uns des défis liés à l'utilisation des données électroniques sur la santé pour établir des systèmes en apprentissage qui améliorent les soins et les résultats cliniques des patients. Elle a mentionné les ressources du [forum EDM](#) (qui facilite l'apprentissage et la collaboration entre les chercheurs et d'autres intervenants clés qui produisent les données, les méthodes et les preuves nécessaires à l'établissement de systèmes de santé en apprentissage qui amélioreront les soins aux patients et leurs résultats cliniques) et de la revue [eGEMs](#) (une publication à comité de lecture gratuite et à libre accès qui propose des approches novatrices d'utilisation des données cliniques électroniques dans la recherche en santé et dans l'amélioration de la qualité des soins).

Allocution de bienvenue (jeudi 1^{er} mai 2014)

Lillian Bayne, animatrice de l'atelier, a amorcé la journée en revenant sur les allocutions de la soirée précédente et en présentant les règles de base de la séance et les grandes lignes du programme. Le plan était le suivant : pour la première journée, « apprendre à se connaître » et mieux comprendre chacun des réseaux régionaux; pour la deuxième, s'appuyer sur les résultats de la première journée et axer les échanges sur le Réseau pancanadien dans son ensemble. Les participants se sont présentés à tour de rôle. Mme Bayne les a par la suite invités à écrire sur un tableau les « questions qui leur brûlent les lèvres » – elles feront partie de la foire aux questions (En/Fr) – annexe B.

Robyn Tamblyn et Nancy Edwards ont ensuite donné un aperçu du Réseau pancanadien, soulignant qu'il s'agissait à ce moment de l'un des deux réseaux ayant été approuvés par le comité directeur national de la SRAP (l'autre étant le Réseau sur la santé mentale des jeunes). Elles ont mis l'accent sur l'approche du système de santé en apprentissage et ont souligné la possibilité d'apprendre d'AcademyHealth (Erin Holve). Au centre du Réseau pancanadien se trouvent la direction tripartite (recherche, politiques et pratique clinique) et l'engagement des citoyens, des patients et de leur famille. Les Drs Tamblyn et Edwards ont réitéré la portée de l'initiative, les réseaux régionaux intervenant dans tout le continuum de soins (intégration horizontale et verticale) à toutes les étapes de la vie des personnes et tenant compte des indicateurs de soins en amont. Elles ont également attiré l'attention sur les dix exigences pour les membres du Réseau ([En/Fr](#)); il a été signalé que l'innovation dans ces domaines est ce qui aidera à garantir que les travaux du Réseau sont avant-gardistes et qu'ils répondent à des besoins concrets.

Ross Upshur est intervenu au nom d'Yves Joanette, directeur scientifique de l'Institut du vieillissement des IRSC, et Anne Snowdon a exposé le point de vue de l'Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents des IRSC au nom de Shoo Lee, directeur scientifique de cet institut.

Il a été souligné que des progrès importants ont été réalisés, mais que beaucoup reste à faire. Le Réseau pancanadien propose une vision audacieuse s'articulant autour d'une solide proposition de valeur susceptible de changer la donne. Nous avons la possibilité de bâtir ce réseau ensemble et de collaborer pour bien faire les choses.

Aperçu et mises à jour de la SRAP

Nancy Mason MacLellan, directrice de la Direction des plateformes et des grandes initiatives des IRSC, a donné un aperçu de la SRAP et a fait le point sur l'état d'avancement des travaux. Elle a indiqué que la SRAP est une coalition nationale de partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux (chercheurs, patients, autorités provinciales de la santé, centres universitaires de santé, organismes caritatifs, secteur pharmaceutique, etc.) travaillant ensemble à créer des projets de recherche pertinents et de grande qualité et à en appliquer les résultats dans la pratique. En ce qui concerne la mise sur pied des unités de soutien de la SRAP, les demandes de l'Alberta, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec, des Maritimes (Île-du-Prince-Édouard, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse) et de Terre-Neuve-et-Labrador ont été approuvées et en sont au processus d'accord de subvention; la Colombie-Britannique et la Saskatchewan en sont toujours à l'étape d'élaboration de leur plan respectif; et le dialogue se poursuit avec chacun des territoires pour trouver un moyen approprié d'intégrer leur région à la SRAP. Par ailleurs, un mécanisme de liaison entre les représentants des unités de soutien a aussi été mis au point.

Le Réseau pancanadien est l'un des deux réseaux de la SRAP en cours d'élaboration. Le comité directeur national de la SRAP a recommandé l'ajout de réseaux dans le vaste domaine des maladies chroniques, et les parties concernées s'activent en ce sens.

Par ailleurs, la mise sur pied d'un cadre d'engagement des patients pour la SRAP est aussi en cours, et il sera présenté dans sa version définitive à l'été 2014 ([En/Fr](#)).

Les principaux points mentionnés dans le cadre des discussions ont été le chevauchement potentiel avec le futur réseau de la SRAP sur les maladies chroniques et la nécessité d'un dialogue continu entre les

responsables des réseaux et des unités de soutien pour parvenir à une compréhension commune des enjeux et à des « services » négociés.

Introduction aux réseaux

Les 11 réseaux régionaux ont chacun résumé les points importants suivants liés à leur réseau (en fonction d'un modèle qui leur avait été remis par les IRSC) :

- a) énoncé de la vision du réseau relativement aux changements transformateurs;
- b) portée stratégique/créneaux potentiels;
- c) gouvernance/organisation du réseau;
- d) principales forces du réseau;
- e) défis prévus dans la formation et le maintien du réseau.

L'annexe B offre une vue d'ensemble de chaque réseau régional. Les présentations ont fait ressortir clairement que chaque réseau est unique et en est à une étape différente dans son évolution, ce à quoi il faut s'attendre. Parmi les grands moments et les thèmes communs de ces présentations, mentionnons ce qui suit :

1. Nous pouvons tirer parti d'un certain nombre d'atouts communs :

- le Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP) ([En](#)/[Fr](#)) représente une plateforme commune comportant de nombreux pôles régionaux, dont certains sont déjà liés aux réseaux régionaux;
- il existe des possibilités de synergie avec des structures et initiatives provinciales (p. ex. les réseaux cliniques de l'Alberta, le Comité ministériel pour Enfants en santé du gouvernement du Manitoba, le conseil de leadership de l'Ontario et les réseaux fondés sur la pratique du Québec);
- il est possible d'optimiser certaines forces provinciales et territoriales (p. ex. les divisions de médecine familiale en Colombie-Britannique et la portée des dossiers médicaux électroniques dans certaines régions administratives, comme la Nouvelle-Écosse);
- il faudrait exploiter les initiatives de renforcement des capacités qui existent déjà dans les provinces et les territoires (p. ex. l'Initiative stratégique pour la formation en recherche dans le domaine de la santé pour les soins de santé de première ligne du programme TUTOR).

2. Les travaux du Réseau pancanadien devraient s'appuyer sur des innovations et des possibilités d'innover pour faire éclore de nouvelles idées capables d'orienter la réalisation d'études comparatives novatrices (p. ex. la SRAP dans le Nord – modèles de soins culturellement appropriés et autres modèles d'affectation de ressources humaines en santé, comme les représentants en santé communautaire), notre manière de conceptualiser les innovations (p. ex. les grandes avancées) et les options d'« échouer rapidement », puis de passer à autre chose (comme l'a souligné le réseau de l'Ontario). Un autre concept visant à générer des idées novatrices a aussi été mentionné : les « marathons de programmation en santé ».

3. Les 11 réseaux régionaux disposent chacun de ressources et de forces différentes. Il n'est pas essentiel qu'ils aient tous le même niveau d'expertise et les mêmes atouts; l'important est d'optimiser les forces

et les atouts dans l'ensemble du Réseau pancanadien pour posséder globalement l'expertise étendue et approfondie nécessaire pour s'attaquer aux questions fondamentales.

4. L'approche du « système en apprentissage » n'a pas été beaucoup mentionnée dans les présentations des réseaux régionaux, mais plusieurs équipes ont parlé de la transformation du système de santé, d'un changement culturel, etc.
5. Plusieurs réseaux régionaux ont indiqué qu'il peut être difficile de mobiliser différents groupes – patients, familles, citoyens et personnes vivant dans des conditions précaires (p. ex. les Autochtones).
6. L'importance de la collaboration intersectorielle a été soulignée : les personnes aux besoins complexes en matière de santé, qui coûtent cher au système, consultent également des professionnels d'autres secteurs (p. ex. services juridiques et sociaux).
7. La direction tripartite est un élément clé des réseaux régionaux. Il sera important de maintenir l'engagement de la direction tripartite et de faire de l'engagement clinique un objectif explicite.
8. Il faudra songer à mettre au point des indicateurs pour mesurer les impacts dans différents contextes interprovinciaux ou interterritoriaux (p. ex. des indicateurs du bien-être dans les populations autochtones).

Voici maintenant quelques-uns des commentaires et des questions suscités par les présentations des réseaux régionaux :

- Les attentes envers les réseaux régionaux et le Réseau pancanadien dans son ensemble sont grandes. Toutefois, les ressources financières sont limitées. Il y a un risque que les IRSC s'attendent à trop des réseaux régionaux et que ces derniers en promettent trop pour faire partie du Réseau pancanadien. Nous devons être réalistes quant à ce qui peut être fait.
- Il a été suggéré de tenter d'influencer les discussions lors de la rencontre des ministres de la Santé ou de celles du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé.
- Des questions ont été posées relativement à la manière dont seront dépensés les fonds des IRSC consacrés au Réseau pancanadien (p. ex. « Les fonds seront-ils répartis également entre toutes les régions? »). Il en ressort qu'environ 30 % des 25 millions de dollars seront répartis entre les régions et que le reste (environ 70 %) ira aux projets de recherche interprovinciaux/territoriaux.

Dîner thématique : Réseautage avec les unités de soutien de la SRAP

Pendant le dîner, les participants ont eu l'occasion d'en apprendre davantage sur les unités de soutien de la SRAP. À chaque table, un représentant de chaque unité de soutien était disponible pour transmettre des renseignements sur son unité, notamment sur sa progression. Cette discussion a contribué à faciliter l'établissement de liens et l'échange de connaissances entre les unités de soutien et les directions tripartites des réseaux régionaux.

Séances simultanées

Une série de séances simultanées ont eu lieu en après-midi. Elles étaient axées sur les dix critères d'adhésion et sur d'autres domaines d'intérêt et besoins mentionnés lors d'un sondage des membres des directions tripartites réalisé avant l'atelier. Les participants ont choisi deux des thèmes de séances simultanées énumérés ci-dessous et ont communiqué ce qu'ils avaient appris aux autres membres de leur direction.

- a) Intégration multisectorielle de stratégies de prévention en amont et de modèles de prestation des soins
- b) Leadership efficace dans les domaines de la recherche, des politiques et de la pratique clinique
- c) Mobilisation des intervenants dans la restructuration des soins intégrés (intégration horizontale et verticale)
- d) Pratiques et approches exemplaires en matière d'engagement des citoyens, des patients et de leur famille
- e) Gouvernance

Un expert dans le domaine à l'étude a animé les discussions dans chaque séance. Les réseaux régionaux ont fait part des résultats de leurs travaux, formulant des observations sur leur avancement dans le domaine à partir des questions de discussions suivantes :

- Quelles sont les grandes possibilités à exploiter au sein de votre région?
- Quels sont les défis majeurs?
- Relativement à cette liste de possibilités et de défis :
 - o Que pouvons-nous faire collectivement?
 - o Que peuvent faire les IRSC?

a) Intégration multisectorielle de stratégies de prévention en amont et de modèles de prestation des soins

Pour répondre aux besoins complexes des personnes tout au long de leur vie et pour assurer l'intégration multisectorielle des stratégies en amont et des modèles de prestation de soins, il faudra une approche qui favorise l'intégration horizontale et verticale de manière à décloisonner les soins ou à jeter concrètement des passerelles entre les services sociaux, les soins de santé communautaires de première ligne, la santé publique, les soins actifs et les soins de longue durée. Pour l'une des dix exigences auxquelles ils doivent se conformer, les réseaux régionaux devront donc démontrer qu'ils ont mis au point des mécanismes pour obtenir effectivement et maintenir la participation des parties intéressées à la restructuration et à la mise en œuvre d'innovations dans la prestation de soins de santé horizontalement et verticalement intégrés, y compris les transitions à l'intérieur et de part en part du continuum de soins.

Discussion

- Il a été souligné que différentes influences contextuelles s'exercent au sein de chacune des régions, et qu'elles ont un impact sur l'intégration des stratégies en amont (l'expertise des membres de la direction tripartite, la capacité régionale de s'attaquer au processus, la présence d'une compréhension commune entre les secteurs de la santé et des autres domaines, les ressources disponibles, etc.).

- La capacité régionale se mesure en fonction de trois facteurs différenciant d'une région à l'autre : 1) la capacité de recherche, 2) la capacité d'élaboration de politiques et 3) la prestation de services. Par exemple, dans le cas de la prestation de services, le système d'une région donnée peut être formé d'éléments disparates et, par conséquent, être mal intégré ou mal lié aux secteurs ne faisant pas partie du milieu de la santé; l'implantation d'un réseau dans cette région ne peut pas aplanir tous les obstacles, qui ont un effet direct sur la capacité systémique (p. ex. les champs d'activité et les questions réglementaires et syndicales). Il faut bâtir sur les fondations appropriées.
- Voici ce qui a été mentionné à propos de la définition de l'intégration multisectorielle, de ce sur quoi nous pouvons nous appuyer et de l'approche à adopter à cet égard :
 - L'inclusion de la santé infantile dans la portée de l'initiative permet d'agir en amont.
 - L'intégration multisectorielle a déjà été réalisée dans certaines régions dans des domaines comme la santé mentale et les toxicomanies, et le Réseau pancanadien peut s'inspirer de ce modèle.
 - Il faut collaborer avec les utilisateurs précoces des soins de première ligne et élaborer des pratiques exemplaires.
 - Quel rôle jouent les soins de première ligne dans la collecte de données primaires sur les déterminants sociaux de la santé? En ce qui a trait à la satisfaction des besoins, quelle est l'incidence sur la planification des congés de l'hôpital et la planification en général?
 - Il faut tirer parti des atouts et expériences des provinces et des territoires : lignes directrices en matière de prévention (l'ASPC appuie le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs), mécanismes actuels (p. ex. conseil de leadership de l'Ontario) et leçons tirées d'autres expériences (registre de prévention du diabète et du prédiabète et autres données conjoncturelles, intégration des données massives sur les politiques sociales et de la santé, vastes projets de démonstration comme « At Home/Chez soi », engagement intersectoriel, etc.).
- Il faut une volonté et des structures politiques pour faciliter les travaux intersectoriels.

Possibilités

Recherche

- Quand la recherche est-elle nécessaire? Pour quel type de recherche devons-nous opter, et disposons-nous des capacités pour l'exécuter? (Par exemple, des recherches sur la mise en œuvre sont nécessaires même si nous savons ce qui fonctionne, car nous ne savons ni pour qui ni dans quelles circonstances.)
- Rôle de la recherche – reproduction à grande échelle, dissémination des innovations.
- Recherche nécessaire
 - Manque de données sur les déterminants sociaux de la santé liées à celles sur l'utilisation du système de santé.
 - Information sur les indicateurs prévisionnels de conséquences à long terme (signes précoces laissant entrevoir la possibilité d'incidents thérapeutiques) : il est important de préconiser l'intégration du dépistage précoce au programme de recherche, ce qui suppose la mise en place de meilleures structures d'aiguillage.

- Recherche sur la mise en œuvre : il faut évaluer les expériences sociales de grande envergure – comment pouvons-nous connaître les « ingrédients secrets » qui ont assuré la réussite des expériences et qui peuvent orienter la gestion courante du système?
- Recherche sur l'efficacité comparative.
- Consultations médicales en groupe (p. ex. <http://www.gpsc.bc.ca/psp-learning/module-overview/group-medical-visits>).
- Le modèle britanno-colombien des divisions de médecine familiale (alliances de médecins responsables de la médecine familiale) peut trancher avec les modèles d'autres régions (p. ex. les équipes de santé familiale en Ontario).
- Différents modèles de financement des soins.
- Modèles de navigation du système : le rôle de développement communautaire des infirmières en santé publique est à l'étude (p. ex. les travailleurs en santé communautaire et les travailleurs non spécialisés servent de conseillers en santé dans d'autres contextes).
- Nous devrions exploiter les pôles du Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires ([En/Fr](#)) – dix à l'échelle du pays (tirer parti de leurs efforts de surveillance pour favoriser l'établissement de liens dans les domaines de la santé publique et des soins de première ligne).
- Nous devrions tirer des leçons d'autres pays (p. ex. l'Écosse) et de la manière dont ils ont intégré les services de santé et les services sociaux sous les auspices d'une seule instance.
- Comment définir la réussite?
 - Quels résultats cliniques des patients sont dignes d'intérêt? Desquels devons-nous tenir compte?
 - Les petits changements qui touchent un nombre élevé de personnes sont importants si nous voulons agir sur les facteurs en amont.
 - Nous devons prêter attention aux résultats non cliniques.
 - Il importe de tenir compte des questions d'efficacité (Pourrions-nous réaliser des économies? Quels sont les coûts et ressources nécessaires?).
- Nous devrions tenir un journal (p. ex. deux semaines après le congé – Quels sont les points faibles et les besoins?).
- Nous devons tabler sur quelques projets de petite envergure (des projets concrets qui, sans être gigantesques, attirent l'attention de partenaires).
- Nous devrions exploiter les effets d'entraînement¹ dans d'autres secteurs (p. ex. le logement – besoin de passer d'un logement social à un logement à loyer modique).
- Les études de cohortes de naissances peuvent aider à tirer parti des réflexions en amont et des possibilités connexes d'interventions.
- Nous devons améliorer notre capacité à répondre aux besoins des populations vulnérables en comprenant mieux leur point de vue (rôle de la santé publique) et celui des professionnels des soins de première ligne relativement à la définition de populations précises. Nous devons aussi mettre l'accent sur les possibilités de collaboration entre les secteurs des soins de première ligne et de la santé publique qui maximisent les avantages. Par exemple, nous pourrions examiner les travaux de Ruta Valaitis et de ses collègues, qui proposent une trousse d'outils et dix études de cas

¹ On dit d'une situation qu'elle a un effet d'entraînement lorsqu'elle provoque indirectement d'autres situations.

- dans lesquelles cette collaboration s'avère particulièrement efficace (gestion des vaccins, programmes d'approche des populations vulnérables, améliorations communautaires, etc.).
- Nous devrions favoriser les possibilités de couplages de données intersectorielles (p. ex. le Réseau canadien pour la santé urbaine et les efforts de Statistique Canada).
 - Nous devrions nous doter de stratégies pour les processus de données (élaboration et couplage de données).
 - Données :
 - Considérations liées à la confidentialité : La collecte de renseignements sur les déterminants sociaux de la santé pourrait soulever des préoccupations en matière de confidentialité; nous aurons besoin d'arguments convaincants. Il sera essentiel de connaître l'information sur les déterminants sociaux de la santé et la façon dont ils influencent les protocoles de soins; idéalement, il faudrait que l'information figure dans le dossier médical (p. ex. étudier comment certains organismes ont déjà effectué de telles collectes de renseignements – l'Hôpital St. Michael, le Centre de toxicomanie et de santé mentale, les réseaux locaux d'intégration des services de santé).
 - Couplage de données intersectorielles : p. ex. manque de données sur les déterminants sociaux de la santé couplées à celles sur l'utilisation du système de santé (sauf dans quelques provinces) – Quel rôle les unités de soutien pourraient-elles jouer à cet égard?
 - Il serait utile d'adopter des normes nationales relatives aux données et des mesures connexes.
 - Des obstacles nuisent à la transmission de données entre les provinces – sauf lorsqu'elles sont transmises par l'intermédiaire de l'Institut canadien d'information sur la santé ([En/Fr](#)).
 - Le Réseau pancanadien doit favoriser l'établissement de liens entre les provinces et les territoires en vue de trouver des possibilités de recherche et d'apprentissage. Par exemple :
 - Nous devrions rechercher les possibilités de collaboration et de comparaison qui existent à l'échelle municipale (p. ex. les communautés propices à la marche).
 - Nous devrions chercher à établir des liens dans le milieu clinique (point de vue des patients aux besoins de santé complexes).
 - Notre système doit se comporter comme les « petites » communautés et être axé sur la personne. Dans un système axé sur la personne, les efforts se concentrent sur les soins (dans les établissements) ET le soutien (à l'extérieur des établissements, c'est-à-dire où nous voulons que le plus de gens possible se trouvent et où ils passent effectivement la majeure partie de leur vie). Nous devons apprendre des modèles qui font appel à des services essentiels (policiers, logement, etc., qui travaillent avec le milieu des soins de santé – les principaux utilisateurs de ces services sont les mêmes), à des « travailleurs de diversion » (des personnes qui permettent aux gens de rester en santé et hors des établissements de soins) et à une entité ou à un point de coordination unique pour les services de soins de **soutien**. *« Les hôpitaux doivent héberger quelqu'un en avant-dernier recours seulement, et les prisons, en dernier recours seulement! »*
 - Quelles sont les relations/synergies entre les soins en amont et en aval? Les professionnels de la santé doivent mieux défendre les politiques sociales et savoir ce qu'ils peuvent faire d'autre qui n'exige pas leur participation.

- Nous devrions apprendre des modèles efficaces utilisés dans certaines régions – p. ex. le modèle ontarien des centres de santé communautaire, qui intègre les objectifs de la santé publique et des soins de première ligne; la participation de différents travailleurs ou bénévoles en santé communautaire ou non spécialisés, qui rapprochent les parties intéressées et les aident à naviguer dans le système (p. ex. les conseillers en santé au Nouveau-Brunswick, des exemples tirés des recherches de Glen Mays – responsables du renforcement des capacités communautaires qui recensent les futures possibilités d’emploi).
- Gestion du changement (pratiques et communautés individuelles)
 - Pour prendre des mesures à l’égard des indicateurs de soins en amont, nous devons tirer des leçons de différents modèles de gestion du changement qui ont mené à l’intégration réussie des données probantes dans la modification des systèmes.
- Nous devons fixer des objectifs clairs; répertorier des ressources; dégager les avantages des réseaux de pratique en santé publique (collaboration intersectorielle); dresser la liste des réseaux non cliniques et des innovations en matière de politiques; mobiliser différents intervenants, dont le gouvernement; trouver des stratégies pour financer les programmes et les services et mettre en commun les ressources en vue de réinvestir dans la prévention; relever des possibilités prometteuses (p. ex. la variation des organismes de soins responsables et la variation des structures et des modèles de maisons médicales pour l’intégration des services de santé publique et des services sociaux).
- Défis
 - Vers qui se tourner? Il n’est pas facile de se porter à la rencontre des intervenants des secteurs hors du milieu de la santé.
 - Nous devons mobiliser les cliniciens pour obtenir leurs meilleures idées.
 - Nous devons élaborer la proposition de valeur des avantages dans un secteur qui s’accumulent dans d’autres secteurs.
 - Nous devons incorporer la valeur de l’incidence, des avantages et des économies dans nos modèles économiques (voir les travaux de Glen Mays : http://works.bepress.com/glen_mays/160/).
 - Comment pouvons-nous profiter davantage des nouvelles données cliniques accessibles par l’intermédiaire des dossiers médicaux électroniques? (Selon le contexte provincial ou territorial, pourrait figurer dans la colonne des possibilités.)
 - Les données sur les soins de première ligne et la santé publique sont recueillies par différents acteurs, ce qui entraîne notamment une dichotomie entre les profils de santé communautaire et les connaissances issues de la pratique. Ces sources de données sont parallèles, et elles doivent fonctionner en symbiose.
 - Les modèles de financement sont des obstacles, et rien n’incite à réduire ces derniers. Les médecins veulent être payés pour leur temps.
 - Autre défi : le financement et la réalisation d’études de coûts (Quels sont le temps et les coûts additionnels liés aux différents secteurs? Les coûts liés aux membres d’équipes interprofessionnelles?).
- Ressource : [AHRQ clinical Atlas work](#)

Rôle des IRSC?

- Faciliter la prise de contact avec les secteurs hors du milieu de la santé.

b) Leadership efficace dans les domaines de la recherche, des politiques et de la pratique clinique

Pour l'une des dix exigences auxquelles ils doivent se conformer, les réseaux régionaux faisant partie du Réseau pancanadien seront codirigés par des responsables des soins cliniques, de la recherche et des politiques qui, ensemble, couvriront le continuum des soins (prévention; soins de santé de première, deuxième et troisième lignes; soins à domicile et soins de longue durée). Cette séance simultanée portait sur des aspects liés au renforcement des capacités en leadership dans les domaines de la recherche, des politiques et de la pratique clinique dans les réseaux.

Discussion

La portée globale du Réseau pancanadien a été analysée; plusieurs étaient d'avis que nous devrions faire preuve de flexibilité à cet égard, car elle est très large. Les réseaux régionaux sont uniques et vivent des réalités bien différentes. La portée variera donc d'un réseau régional à l'autre. Chaque réseau doit-il intervenir dans tous les domaines?

- Nous ne pourrions établir la structure de leadership qu'après en avoir mieux circonscrit la portée.
- Qui décide des résultats? Les IRSC? Les provinces et territoires? Les chercheurs? Quelles sont les mesures de rendement? Qu'allons-nous évaluer?
- Nous devons personnaliser le leadership. Nous ne nous limiterons pas à une direction tripartite, ce qui n'est qu'un minimum. D'autres membres s'y ajouteront : responsables des systèmes de santé (programme sur la qualité), partenaires, etc. Le noyau du réseau sera formé de cinq ou six personnes, puis il y aura un cercle élargi. Nous voulons ouvrir la porte à d'autres intervenants dans les instances de direction.
- Nous devons attirer les bonnes personnes et ne pas nous mettre dans leur chemin.
- Nous aurons besoin d'une personne responsable de faciliter les adhésions à l'échelle des réseaux régionaux et l'établissement d'un consensus.
- Le Réseau pancanadien offre une occasion de leadership structuré; autrement, nous ne retrouverons que les membres de la direction tripartite qui ont déjà travaillé ensemble.
- Le leadership dépend du contexte politique.
- Plus un réseau est grand, plus il a besoin de chercheurs et de responsables cliniques. Le groupe de leadership devrait accueillir de nouveaux membres. La solution : le conseil de leadership de l'Ontario.
- La participation des plus hautes sphères gouvernementales est nécessaire – pour que nos réseaux aient un impact et pour assurer leur pérennité, nous devons à tout le moins compter sur l'apport des sous-ministres adjoints.
- Nous avons besoin d'un leader des soins de courte durée.
- Comment se rapprocher des gens à l'échelle nationale : comparer les écrits sur les pratiques exemplaires dans chaque province et territoire, et les communiquer à leurs homologues.

- Nous devons demander aux responsables de définir des priorités, lesquelles doivent s'étendre à d'autres secteurs que celui de la santé (p. ex. le logement).

Possibilités

- Il est un peu plus facile de nouer des liens avec les principaux décideurs des petites régions qu'avec ceux des régions plus vastes (p. ex. Île-du-Prince-Édouard – les acteurs clés sont plus accessibles, ce qui facilite l'établissement de relations).
- Certaines régions sont avantagées sur le plan géographique (p. ex. dans la région du Grand Toronto, les responsables des politiques sont facilement accessibles).
- Le modèle interprofessionnel de soins bien établi dans le Nord.
- L'occasion est belle d'établir des liens entre la recherche et les changements interprovinciaux/interterritoriaux.
- Nous pouvons harmoniser les priorités dans trois thèmes des IRSC (2, 3 et 4) – du jamais-vu.
- Cette approche permet aux réseaux régionaux de suivre les patients à toutes les étapes : des soins de courte durée à leur retour dans la collectivité.
- Elle consolide les initiatives en cours (vieillesse en santé, démence).
- Dorénavant, la science orientera plus directement les décisions stratégiques – validation de principe.
- Cette approche accélérera la prise de décisions à l'égard des utilisateurs fréquents du système, une priorité partagée par tous les intervenants.
- Nous avons la possibilité d'apprendre des autres provinces et territoires – économies d'échelle.
- La possibilité de renforcer les capacités est accrue pour les petits réseaux régionaux.
- Ce modèle sera utile aux responsables des politiques dans d'autres domaines.

Défis

- Le taux de roulement est élevé : les membres de la direction tripartite démissionnent. Le leadership politique est crucial, mais la « durée de vie » typique d'un responsable des politiques est de deux ans.
- Capacités (temps, personnes).
- Ressources (p. ex. les capacités universitaires dans le Nord sont limitées).
- Nous devons partager une vision et un objectif communs; le « pourquoi » et le « comment » restent à définir. Quel résultat visons-nous?
- Les chercheurs, les cliniciens et les responsables des politiques ne cherchent pas nécessairement à atteindre un but commun (ils obéissent à différentes motivations). Les propositions de valeur diffèrent d'un membre de la direction tripartite à l'autre. Comment trouver un terrain d'entente?
- Le Réseau pancanadien doit démontrer la valeur qu'il ajoute aux provinces et aux territoires (p. ex. la valeur de la recherche interprovinciale/territoriale).
- Comment pouvons-nous intensifier nos efforts à l'échelle pancanadienne et offrir davantage qu'une série de projets pilotes?
- Les priorités des provinces/territoires ne concordent pas avec celles du Réseau pancanadien.

- Envergure et portée de l'initiative.
- Le profil démographique diffère d'une région à l'autre.
- Un leadership culturel est nécessaire pour les populations vulnérables (p. ex. les populations autochtones), qui ont besoin de politiques et d'interventions adaptées sur le plan culturel.
- Nous devons tenir compte des restrictions budgétaires provinciales et des priorités évolutives des différentes administrations.
- Le Réseau pancanadien compte un nombre d'intervenants relativement faible; nous pouvons renforcer leur cohésion. Il s'agit d'un avantage, mais les mêmes personnes sont simultanément responsables de nombreux dossiers de la SRAP, ce qu'elles peuvent considérer comme un défi.

Rôle des IRSC?

- Des résultats intéressants sont relevés dans un délai de trois ans. Ensuite, les IRSC financent la reproduction à grande échelle des résultats ou transfèrent les connaissances dans d'autres régions.
- Regrouper les domaines prioritaires comparables.
- Faciliter la participation des hautes sphères gouvernementales.

c) Mobilisation des intervenants dans la restructuration des soins intégrés

Pour répondre aux besoins complexes des personnes tout au long de leur vie, et pour assurer l'intégration multisectorielle des stratégies en amont et des modèles de prestation de soins, il faudra une approche qui favorise l'intégration horizontale et verticale de manière à décloisonner les soins ou à jeter concrètement des passerelles entre les services sociaux, les soins de santé communautaires de première ligne, la santé publique, les soins actifs et les soins de longue durée. Pour l'une des dix exigences auxquelles ils doivent se conformer, les réseaux régionaux devront donc démontrer qu'ils ont mis au point des mécanismes pour obtenir effectivement et maintenir la participation des parties intéressées à la restructuration et à la mise en œuvre d'innovations dans la prestation de soins de santé horizontalement et verticalement intégrés, y compris les transitions à l'intérieur et de part en part du continuum de soins.

Discussion

- De toutes les exigences, il s'agit de l'une des plus importantes, d'une caractéristique essentielle qui change la donne. La valeur ajoutée du Réseau pancanadien réside dans la « prévention en amont »; sans cette particularité, il ne s'agirait que d'une autre version des équipes d'innovation sur les soins de santé communautaires de première ligne.
- Lorsque nous nous concentrons sur les « sources d'engorgement des urgences », nous ne considérons pas la situation dans son ensemble (p. ex. les patients aux besoins complexes).
- Les intervenants participent aux soins de première ligne horizontalement intégrés; l'intégration verticale est plus difficile à réaliser.
- La conjoncture diffère d'une région à l'autre. Par exemple, les régions régionales de la santé de la Nouvelle-Écosse sont relativement bien intégrées – les intervenants y jouant déjà un rôle actif –, ce qui n'est toutefois pas le cas pour d'autres secteurs, comme les pharmacies communautaires et

l'éducation; le Nouveau-Brunswick profite d'un système petit et intégré; les Territoires du Nord-Ouest ont un modèle de prestation de services intégrés.

- La SRAP centralise la prestation de services. L'« intégration des soins de première ligne » n'avait pas bien fonctionné dans le passé, car elle se fondait sur une approche descendante. Dans ce cas-ci, l'objectif est de travailler d'égal à égal.
- Les réseaux régionaux devront choisir judicieusement leurs mots pour démontrer cette approche lors de la phase II. Ils devraient être évalués en fonction de leur province ou de leur territoire; le modèle variera d'un endroit à l'autre (par exemple, dans certains cas, le simple fait d'obtenir une rencontre constitue un grand pas en avant). Quels seront les critères de réussite?
- Qu'entend-on par « mobilisation » et par « participation effective »?
- Les fonds de contrepartie des responsables des politiques sont le nerf de la guerre; dès que les chercheurs ne produiront plus les résultats escomptés, les responsables des politiques leur couperont les vivres.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont en mode restructuration et réduction de coûts. Pour leur part, les gouvernements autochtones ont des revendications précises : santé mentale, accès aux soins, prévention du suicide et soins palliatifs.
- La mise en œuvre d'une stratégie axée sur le patient peut nous aider à maintenir le cap.
- Message clé : Traitons les soins de santé comme nous traitons les protecteurs du citoyen ou le vérificateur général – ils sont indépendants et politiquement neutres.

Possibilités

- Discussion sur les victoires préliminaires : nous devrions chercher à accumuler les succès le plus rapidement possible, puis à les mettre en valeur.
- Nous devrions apprendre de l'expérience des grands utilisateurs pour tenter de comprendre ce qui n'a pas fonctionné et de déterminer la nature, le moment et l'endroit de cet échec. Nous devrions aussi prendre en considération l'élément iatrogène (p. ex. la cascade médicamenteuse).
- Nous devrions établir des liens avec les recherches transversales sur les déterminants sociaux.
- Toutes les provinces font face à des défis communs (en santé, en éducation, en justice) – il faudrait mobiliser le Conseil de la fédération pour mener une réflexion intersectorielle, et l'exhorter à égaliser le montant des IRSC en investissant 100 millions de dollars dans un fonds de « capital de risque ».
- Nous devrions combiner les idées de toutes les parties, peu importe leur rang, pour exercer de la pression de toutes parts.
- Nous devrions tirer parti des initiatives ou des structures actuelles dans les systèmes sociaux ou de santé (plutôt que de partir de rien, adopter une approche ascendante).
- La demande devrait refléter une connaissance profonde de ce qui se passe dans la province ou le territoire (ou un processus devrait être institué à cette fin), et non pas traiter uniquement de ce qui sera changé et de la manière dont le changement sera effectué. Il faut savoir qui travaille sur quoi – simplement pour savoir qui appeler.
- Mémoire organisationnelle : en trouvant les personnes qui savent pourquoi le système en est où il en est, nous serons un peu plus en mesure de voir quelles leçons nous pouvons en tirer.

- Nous devrions relever les possibilités d'expériences dans des conditions naturelles. Par exemple, l'Ontario a un grand nombre de lits de soins de longue durée, tandis que la Colombie-Britannique n'en a aucun. Pourquoi?
- Disons qu'un même patient évolue dans les systèmes ontarien, québécois et britanno-colombien. En quoi son expérience est-elle différente selon la province? En quoi les résultats diffèrent-ils? Nous devrions analyser les différences et évaluer ce qui fonctionne le mieux.
- Grâce aux technologies, nous pouvons réaliser des recherches intégrées et fournir des soins intégrés comme jamais auparavant. Inforoute Santé du Canada devrait faire partie de la discussion.

Défis

- L'un des défis liés à la prévention en amont consiste à penser non seulement aux patients, mais également aux populations. Comment faire consensus ou trouver un terrain d'entente pour des stratégies en amont (services juridiques, services de logement) concernant les « patients »? On ne parle ni du 1 % ni du 5 %, mais bien du 35 % – les personnes susceptibles de devenir des utilisateurs fréquents qui font aussi appel à d'autres secteurs. Nous devons examiner les modèles nordiques, par exemple ceux de la Finlande et de l'OMS : ces entités préconisent des mesures importantes dans tous les secteurs pour lutter contre les cardiopathies – le système de santé occupe l'avant-plan, mais tous les systèmes sont mobilisés.
- Engagement pluriannuel des instances supérieures.
- Différences culturelles.
- Cloisons séparant les universitaires, les responsables des politiques et les praticiens; difficulté à comprendre les attentes des autres et les différences rythmiques et cycliques.
- Responsabilités et mesures incitatives différentes.
- Organismes de réglementation des professionnels de la santé.
- Régime juridique régissant les champs d'exercice.
- Écart entre les idées exprimées dans les hautes sphères et ce qui se produit sur le terrain.

Rôle des IRSC?

- Travailler avec l'ANOPRS et d'autres bailleurs de fonds – p. ex. le Conseil de recherches en sciences humaines ([En/Fr](#)) – pour instaurer un dialogue avec d'autres secteurs hors du milieu de la santé.
- Entrer en contact avec les acteurs de l'industrie.
- Les IRSC peuvent aussi contribuer au rayonnement et au positionnement de l'initiative auprès des partenaires du secteur privé concernés.

d) Pratiques et approches exemplaires en matière d'engagement des citoyens, des patients et de leur famille

L'une des dix exigences auxquelles les réseaux doivent se conformer est celle des « mécanismes de participation des citoyens et des patients et de leur famille ». On la définit ainsi dans la possibilité de subvention de développement de réseau : « Un facteur clé d'innovation sera la création de mécanismes pour tirer parti des riches expériences, perspectives et recommandations des citoyens et des patients et de leur famille, qui font partie du système et en sont les clients. Les réseaux régionaux doivent prévoir des

mécanismes valables assurant la participation des citoyens ainsi que des patients et de leur famille à leurs activités de base et à leur gouvernance. On s'attend à ce que les citoyens et les patients et leur famille participent activement à l'établissement d'approches de soins nouvelles, potentiellement plus rentables et centrées sur le patient, qu'ils prennent part à la prise de décisions dans la planification d'une mise en œuvre à petite et à grande échelle, et qu'ils contribuent à l'établissement d'indicateurs pour surveiller le changement, l'expérience des citoyens, des patients et de leur famille, ainsi que les résultats utilisés pour évaluer le succès de chaque entreprise. »

La majorité des participants ont classé leur réseau régional comme « relativement sous-développé » ou « très sous-développé » sur l'échelle de Likert. Cependant, tous les participants ont indiqué qu'ils aimeraient apprendre des stratégies, des outils et des mécanismes pour mobiliser les citoyens, les patients et leur famille dans leur réseau respectif.

Discussion

- L'engagement des patients est essentiel, mais il est important de comprendre à quelle étape et dans quel but. Les raisons peuvent être multiples : aider à prioriser les thèmes de recherche, recueillir des commentaires sur l'expérience des patients, restructurer les protocoles de soins et les relations fournisseur-patient, participer aux organes directeurs, prendre part à des projets de recherche, etc.
- Qui est « le patient »? Qui est la personne malade? Qui est sa famille? Qui sont ses amis? Qui soutient cette personne? L'engagement des patients ou des groupes de patients est-il souhaitable?
- Il importe de distinguer les patients des citoyens : les réseaux régionaux pourraient vouloir mobiliser ces groupes ou ces personnes à des fins différentes.
- Il importe de transmettre un message clair quant à la valeur et aux avantages apportés aux patients ou aux citoyens qui participent à l'initiative (autrement dit, comment le patient peut-il en bénéficier?).
- Les réseaux régionaux pourraient devoir choisir les patients qu'ils mobilisent, comme c'est le cas avec d'autres intervenants (p. ex. ils doivent clarifier qui ils mobilisent et dans quel but). Ils pourraient faire appel à des patients qui ont eu des besoins complexes, à des citoyens pour qu'ils les aident à prioriser les projets de recherche, etc. Dans l'ensemble, au moment de décider des citoyens, des patients et des membres de leur famille à mobiliser, de la tâche à accomplir ou de la question à traiter et des attentes envers les participants, il est important de penser à la population desservie.
- Il est important de distinguer la recherche de l'engagement des patients et des citoyens – non seulement ces derniers sont des sujets de recherche, mais ils pourraient également devenir des partenaires actifs dans l'initiative et doivent participer de façon continue.
- Les patients et les citoyens devraient probablement contribuer à définir les priorités du Réseau pancanadien, puis devraient faire part de leur expérience dans ces domaines. Qu'ont-ils vécu? Qu'amélioreraient-ils?
- Nous n'avons pas toujours besoin d'obtenir une approbation éthique pour faire participer des patients : tout dépend de ce à quoi ils participent. (Par exemple, l'approbation est toujours nécessaire pour un projet de recherche, mais elle ne l'est pas forcément pour une initiative d'amélioration de la qualité. Elle l'est habituellement lorsque nous recueillons des renseignements au sujet des patients ou pour eux, et que le projet comporte certains « risques », notamment sur le plan de la confidentialité ou du consentement.)
- Les principes pour concrétiser l'engagement des patients doivent être clairs, et le processus décisionnel, transparent.
- Devrions-nous former les patients comme des chercheurs? Les patients formés comme des chercheurs sont-ils toujours considérés comme des patients? Leur « point de vue de patient » est-il compromis?
- Les réseaux régionaux pourraient envisager comme méthode d'engagement la conception conjointe fondée sur l'expérience (voir la trousse d'outils du King's Fund : <http://www.kingsfund.org.uk/projects/ebcd>).

- Comment pouvons-nous tirer parti de la relation entre le médecin et le patient?
- Comment démontrons-nous que l'engagement des citoyens, des patients et de leur famille modifie le cours des choses? Leur participation influence-t-elle nos décisions, nos priorités et les résultats visés?

Possibilités

- La majorité des participants ont mentionné d'autres groupes dans leurs provinces respectives qui mobilisaient les citoyens et les patients (mais à des fins différentes que celles de leur réseau régional) par l'entremise de comités régionaux ou d'autres comités consultatifs, et ils prévoyaient communiquer avec ces groupes comme point de départ à leurs propres efforts de mobilisation.
- Alberta : Le programme PACER offre aux patients une formation approfondie d'un an en recherche et dispose maintenant d'un bassin de patients qui s'y connaissent dans le domaine et qui peuvent réaliser des entrevues qualitatives et prendre part à des projets de recherche (<http://iph.ucalgary.ca/PACER>); les Strategic Clinical Networks [réseaux cliniques stratégiques] comprennent un mécanisme de participation des patients; l'unité de soutien comporte une plateforme destinée à l'engagement des patients.
- Ontario : L'unité de soutien collabore avec Patients Canada; l'engagement des patients fait partie du mandat des réseaux locaux d'intégration des services de santé.
- Québec : Les hôpitaux se sont dotés de comités consultatifs de patients; les patients ont participé à l'élaboration de la demande de réseau.
- Manitoba : Les offices régionaux de la santé comptent des groupes consultatifs communautaires de patients.
- Nouveau-Brunswick : Le ministère de la Santé a mis sur pied le réseau de discussion La voix des patients, qui s'inspire du [Patient Voices Network](#) de la Colombie-Britannique, et qui s'est doté d'un défenseur des patients en milieu hospitalier.
- Terre-Neuve : Il existe un bureau provincial d'engagement des citoyens (qui n'est pas propre au domaine de la santé).
- Saskatchewan : L'initiative Patient First [Le patient d'abord] a permis à de nombreux patients de participer à la conception de la prestation de services et à l'élaboration de politiques (mais pas à la planification de la recherche). Elle s'est aussi dotée d'un cadre axé sur le patient et sa famille, avec un plan pluriannuel de mise en œuvre et quelques outils et forums de base pour l'engagement des patients.
- Les organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé et leurs sections provinciales sont perçus comme une possibilité prometteuse de soutien à l'engagement des citoyens et des patients.
- Des chercheurs possèdent une expertise en engagement des patients et des citoyens (p. ex. au Québec, France Légaré, est experte en prise de décision partagée).

Défis

- Certains s'inquiètent que les groupes de patients ne soient pas représentatifs de l'ensemble de la population (ils représentent probablement le quintile de revenu supérieur).
- Quels critères devraient être utilisés pour choisir ou déterminer les patients à mobiliser? Qui est le patient « moyen » ou « représentatif »? Compte tenu de l'hétérogénéité des besoins complexes de la population, nous devons vraisemblablement faire appel à une pluralité de citoyens, de patients et de familles. Il sera difficile d'assurer une parfaite représentativité; nous devrions peut-être plutôt chercher à comprendre l'étendue des expériences correspondant aux objectifs du Réseau pancanadien.
- Quel est le meilleur moment pour faire participer les patients au Réseau pancanadien et aux réseaux régionaux? Maintenant, à l'étape de planification? Plus tard, après qu'ils auront reçu des soins? Dans l'ensemble, les participants à l'atelier ont jugé que le moment idéal pour mobiliser les patients dépendait de l'objectif de l'initiative. Par exemple, si nous souhaitons qu'ils prennent part à la

gouvernance globale du Réseau pancanadien, nous aurions peut-être avantage à les mobiliser tôt dans le processus.

- L'engagement doit-il nécessairement avoir lieu aux quatre coins de la province? Il existe de remarquables exemples d'engagement à l'échelle du cabinet.

Rôle des IRSC?

- Offrir de la formation ou un accès à des ressources et à du matériel de formation sur les pratiques exemplaires relatives à l'engagement des patients et des citoyens.
- Pour soutenir l'engagement des patients et des citoyens, concevoir une trousse de ressources qui pourront servir au Réseau pancanadien.
- Recenser (et communiquer) et comparer les approches que les réseaux régionaux utilisent comme mécanisme pour favoriser l'échange de connaissances entre les réseaux.
- Optimiser les synergies avec d'autres initiatives et experts en engagement des patients et des citoyens (travailler en synergie avec les unités de soutien et d'autres aspects de la SRAP, collaborer avec la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, etc.).
- Si les réseaux régionaux mobilisent des collectivités des Premières Nations, envisager d'ajouter l'aspect communautaire à ce critère d'adhésion au Réseau pancanadien (« engagement communautaire, des citoyens, des patients et de leur famille »).

e) Gouvernance

La gouvernance est un pilier fondamental des réseaux régionaux et du Réseau pancanadien dans son ensemble. La mise en place de structures de gouvernance appropriées et efficaces contribuera à la réalisation ultime des travaux du Réseau pancanadien. La discussion a davantage porté sur les questions de gouvernance régionale que sur la gouvernance globale du Réseau pancanadien. Les participants ont présenté au groupe leur autoévaluation de leur réseau respectif relativement à l'élaboration de leur structure de gouvernance.

Discussion

Les participants ont traité des principes de gouvernance des réseaux régionaux suivants :

- Direction tripartite – collaboration/impact collectif.
- Relation avec le processus décisionnel.
- Gestion efficace.
- Communications et coordination en temps utile.
- Groupes de travail entretenant des liens avec les unités de soutien de la SRAP.
- Gouvernance et gestion combinées.
- Participation des bonnes personnes.
- Chevauchement de plusieurs structures – ont-elles chacune besoin de leurs propres règles de gouvernance? Pas nécessairement.

Possibilités

- Buts communs et objectifs clairs.

- Valeurs communes – nous devons les incarner.
- Comment mesurer?
- Tirer parti des synergies naturelles.
- Accroître l'efficacité par le partage des ressources.

Défis

- La portée, l'objectif et les attentes du Réseau pancanadien doivent être précisés davantage.
- Un changement culturel s'impose à plusieurs niveaux.
- Les fonds sont limités.
- Objectifs divergents.
- Nous ne pouvons pas tirer beaucoup de leçons du passé.
- Transfert de connaissances : moyen de garantir la réussite de la gouvernance.
- Viabilité à long terme.
- Propriété intellectuelle?
- Proposition de valeur de la gouvernance et de la participation : un gage de pérennité?

Séance plénière, réception et compte rendu des séances simultanées (1^{er} mai 2014)

Les séances simultanées de l'après-midi ont été suivies d'une séance plénière et d'une réception au cours desquelles tous les participants à l'atelier se sont réunis pour exposer leurs réflexions. Chaque responsable a résumé quelques-uns des faits saillants des discussions tenues pendant sa séance simultanée.

- Intégration multisectorielle de stratégies de prévention en amont et de modèles de prestation des soins* : Glen Mays a souligné que la capacité nécessaire pour réaliser des travaux intersectoriels semble être présente, mais qu'elle varie d'un réseau régional à l'autre. Il existe notamment des sources de données pouvant contribuer à stimuler les activités (p. ex. les réseaux de recherche fondés sur les pratiques) et le flux de données cliniques dans les systèmes sociaux et de santé. Les réseaux aux capacités insuffisantes devraient chercher à apprendre des réseaux régionaux dotés d'une bonne infrastructure de données – communiquer ensemble et apprendre les uns des autres. Les possibilités de recherche comprennent des études de coûts et des analyses économiques.
- Mobilisation des intervenants dans la restructuration des soins intégrés (intégration horizontale et verticale)* : Ross Upshur a insisté sur l'importance d'établir des relations de confiance entre les réseaux régionaux et d'argumenter en faveur de leviers hors des IRSC pour attirer des investissements dans ces travaux très importants.
- Pratiques et approches exemplaires en matière d'engagement des citoyens, des patients et de leur famille* : Susan Law a souligné l'importance pour les réseaux régionaux de mettre en commun les outils et les méthodes qu'ils utilisent, et a indiqué qu'un centre de coordination pourrait jouer un rôle de facilitation.
- Gouvernance* : Krista Connell a fait remarquer que la plupart des réseaux régionaux n'ont pas fini de mettre au point leur structure de gouvernance; quelques points restent à éclaircir, ce qui est normal à l'étape où nous en sommes. Il faut élaborer à la fois des éléments stratégiques et tactiques, ce qui nécessite un leadership et une vision véritables ainsi que des objectifs communs. Les valeurs doivent faire consensus – à quoi ressemblera le nouveau monde? Le processus sera évolutionnaire.

Mme Connell a indiqué que l'Institut sur la gouvernance ([En/Fr](#)) est une bonne ressource, mais qu'elle est sous-exploitée. Elle a aussi fait part d'une autre suggestion : les réseaux régionaux pourraient utiliser un wiki pour échanger les propositions entre eux à mesure qu'ils sont mis sur pied, et ce, dans le but de créer une communauté d'apprentissage.

- e) *Leadership efficace dans les domaines de la recherche, des politiques et de la pratique clinique* : Anne Snowden a résumé discussion du groupe, soulignant notamment l'idée de partager les demandes entre les réseaux régionaux.

En somme, il a été réitéré que **tous ces critères** sont requis pour assurer l'action transformatrice des travaux du Réseau pancanadien.

Allocution de bienvenue (vendredi 2 mai 2014)

Lillian Bayne a accueilli les participants et est revenue sur les présentations de la journée précédente. Ensuite, elle a brièvement expliqué le déroulement de la troisième journée (en mettant l'accent sur le Réseau avec un grand « R »).

Façonner le Réseau (gouvernance du Réseau; centre de coordination du Réseau)

Nancy Edwards a présenté un survol des principes généraux du Réseau pancanadien, décrits dans la possibilité de subvention de développement de réseau. Elle a aussi souligné les réflexions préliminaires concernant une structure de gouvernance pour le Réseau pancanadien, notamment l'idée de créer un conseil de direction, un centre de coordination et un bureau de soutien à la gestion des initiatives.

Elle a mis en relief les principes directeurs suivants : 1) inclusivité, 2) co-investissement, 3) collaboration, 4) cohérence, 5) impact et 6) innovation et amélioration continues. Elle a fait état de progrès par rapport à l'année précédente. Maintenant que les réseaux régionaux ont reçu leurs subventions de développement et qu'ils se sont dotés d'une direction tripartite, il convient d'examiner ensemble la structure de gouvernance qui soutiendra le mieux les fonctions du Réseau et contribuera le plus à l'atteinte des résultats escomptés.

Gouvernance du Réseau

On a demandé aux participants à l'atelier de faire du remue-méninges avec les personnes assises à leur table et de discuter des principes de gouvernance du Réseau pancanadien dans son ensemble. Ils ont reçu une liste de principes provisoires (certains issus de la séance simultanée sur la gouvernance ayant eu lieu la journée précédente). Les questions suivantes ont servi de base aux discussions :

1. Souhaitez-vous ajouter autre chose?
2. Est-ce que tout est pertinent?
3. Pour chacun des principes :
 - a) Qu'est-ce qui permettrait la concrétisation de ce principe?
 - b) Comment sauriez-vous qu'il a été concrétisé?

Tous se sont entendus pour dire que nous sommes au début d'un processus, et les commentaires suivants ont été formulés :

- La structure de gouvernance créée à l'origine n'était pas une structure de gouvernance à proprement parler, mais plutôt une structure de fonctionnement. Les participants ont insisté sur la nécessité de les distinguer.
- La structure de gouvernance ne doit ni être trop complexe ni porter à confusion.
- La composition du conseil devrait-elle être axée sur la représentativité ou sur les compétences?
- Le groupe a brièvement abordé les questions suivantes : Comment déciderons-nous des priorités et des approbations de projets? Qui prendra ces décisions? À qui incombera la surveillance? Aux IRSC?
- Il a été mentionné que le conseil de direction tripartite était bon en principe, mais que ses membres auraient de la difficulté à représenter les intérêts du Réseau pancanadien et non seulement ceux de leur réseau régional respectif. Il faut affecter quelqu'un à la responsabilisation et à la coordination des efforts du Réseau pancanadien.
- Le rôle du consortium des bailleurs de fonds tel qu'il a été envisagé est mal défini – surtout en ce qui a trait à la possibilité que les partenaires doivent valider les priorités. Le consortium des bailleurs de fonds devrait servir d'organe consultatif et non pas d'organe directeur.
- Il serait peut-être mieux que les responsables des réseaux régionaux ne siègent pas au conseil de direction – nous devrions peut-être choisir des champions qui comprendraient mieux la situation dans son ensemble.
- Nous devrions pousser plus loin l'étude des structures de gouvernance des Réseaux de centres d'excellence (même s'ils sont différents parce qu'ils gèrent leurs propres fonds).
- Plutôt que d'œuvrer à la gouvernance du Réseau, le conseil de direction pourrait représenter un « marché » : les idées y seraient communiquées, et il aiderait à les coordonner.

Centre de coordination

Les participants ont discuté avec les personnes assises à leur table du rôle du centre de coordination. Ils ont reçu une liste de rôles et de responsabilités provisoires. Les questions suivantes ont servi de base aux discussions :

1. Les fonctions énumérées sont-elles appropriées?
2. Souhaitez-vous ajouter autre chose?
3. Est-ce que tout est pertinent?
4. Quelles fonctions sont les plus importantes?

Points discutés

Un grand nombre de participants se sont dits confus quant au rôle proposé du centre de coordination du Réseau et estiment qu'il faudrait clarifier les attentes générales envers le Réseau pancanadien afin de conceptualiser des fonctions et des rôles précis. Des questions ont été soulevées quant à l'étendue du rôle du bureau de soutien à la gestion des IRSC. Il a aussi été proposé qu'il devrait y avoir un « centre de coordination de tous les programmes liés à la SRAP ». Voici quelques-uns des autres commentaires ayant été formulés :

- À qui le centre de coordination serait-il tenu de rendre des comptes?
- Les participants ont discuté des façons dont le modèle pourrait accroître l'agilité. Parmi les points soulevés, mentionnons : la normalisation du comité d'évaluation par les pairs, l'accent mis sur les

petits projets (au début) et le besoin d'un marché pour transmettre les idées ou servir de plateforme d'innovation.

- Le centre de coordination devrait travailler en étroite collaboration avec Inforoute Santé du Canada ([En/Fr](#)) (coordination de données) et les unités de soutien de la SRAP; il faudrait déterminer les éléments communs aux unités de soutien et aux réseaux régionaux (couplage de données, méta-analyses, modèles de données?)
- Le centre de coordination devrait coordonner les réunions annuelles et maintenir la communication.
- Le centre de coordination ne devrait pas assurer la surveillance des réseaux régionaux.

Approches et principes à l'établissement des priorités

Michael Wilson, professeur adjoint au Département d'épidémiologie clinique et de biostatistique de l'Université McMaster, s'est joint à l'atelier pour présenter un aperçu des travaux réalisés dans le cadre d'un examen de l'étendue des connaissances commandé par Santé Canada intitulé « Engaging in Priority Setting about Primary and Integrated Healthcare Innovations in Canada » [Établissement des priorités en matière d'innovations en soins de santé de première ligne et intégrés au Canada]. L'examen visait à servir de ressource pour les réseaux régionaux au moment où ils entreprendraient leurs activités d'établissement des priorités. Il portait sur les questions suivantes :

1. Quels sont les principes et les approches qui ont été utilisés dans la mise en œuvre de mécanismes d'établissement des priorités pour les investissements en recherche comportant plusieurs partenaires et organisations?
2. Quelles sont les lacunes dans les projets de recherche liées aux interventions en soins de santé de première ligne et intégrés; aux modèles de prestation; et aux approches relatives à l'intégration multisectorielle pour les personnes aux besoins complexes, à toutes les étapes de leur vie (y compris les stratégies de prévention en amont)?

Le Dr Wilson a passé en revue les conclusions de l'examen de l'étendue des connaissances. Il a notamment souligné que les approches relatives à l'établissement des priorités supposent habituellement les actions suivantes : 1) évaluer l'état des écrits dans un domaine particulier pour y relever les possibles lacunes; 2) mobiliser des intervenants pertinents pour les processus visant à définir leurs priorités à court, à moyen et à long terme qui pourraient s'inspirer de données issues de la recherche; et 3) comparer les écrits avec les priorités définies, afin de produire un ensemble de priorités de recherche auxquelles les chercheurs pourront s'attaquer à court terme (p. ex. exposés des preuves, synthèses rapides), à moyen terme (p. ex. revues systématiques) et à long terme (nouvelles recherches originales).

Le rapport sera mis à la disposition de tous les réseaux régionaux. Il a été mentionné que l'établissement des priorités du Réseau pancanadien devra venir à la fois d'en haut (hautes sphères politiques) et d'en bas (réseaux régionaux). Nous devons en outre clarifier les priorités au moment de passer à la phase II.

Séances simultanées (vendredi 2 mai 2014)

Deux séances simultanées portant sur des thèmes liés au Réseau pancanadien ont eu lieu. Les participants ont choisi la séance à laquelle ils souhaitaient participer : 1) Promotion de l'innovation et gestion du

changement, et 2) Systèmes d'apprentissage : Leçons tirées des réseaux de recherche en santé publique fondés sur les pratiques.

Promotion de l'innovation et gestion du changement

Stephen Samis, vice-président, Programmes, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), a donné un aperçu des travaux de son organisme – dont la mission consiste à accélérer l'amélioration des services de santé –, et a souligné que l'un des principaux objectifs de la FCASS est de faciliter la diffusion des innovations. Il a brièvement présenté les secteurs de programme (participation du patient et de la famille; collaborations; éducation et formation; évaluation et gestion du rendement) et le « modèle d'amélioration » de la Fondation. Ensuite, il a décrit les activités de la FCASS dans la collaboration Agir en partenariat avec les patients et leurs familles pour l'amélioration de la qualité ([En/Fr](#)), la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique (INSPIRED) ([En](#)) et l'Initiative de diffusion des innovations dans les services de santé de la FCASS ([En/Fr](#)).

Pour M. Samis, la diffusion est horizontale. Il a donné l'exemple d'une innovation se diffusant à toutes les étapes d'un protocole de soins, au sein d'une organisation ou entre plusieurs organisations, et a opposé à la *diffusion la reproduction à grande échelle*, qui suppose l'adoption de la nouvelle pratique en tant que norme à l'échelle d'une région, d'une province ou d'un pays; il a ajouté que la diffusion peut mener à la reproduction à grande échelle. Il a aussi fait mention d'estimations du NHS Institute for Innovation and Improvement, selon lesquelles jusqu'à 70 % de tous les changements organisationnels ne résistent pas à l'épreuve du temps. Au moment de choisir l'innovation à diffuser, on doit tenir compte des critères suivants : 1) simplicité (peu de formations ou de nouvelles connaissances nécessaires); 2) possibilité de mise à l'essai (l'innovation peut facilement être mise à l'essai; les principaux éléments de la mise en œuvre sont regroupés de manière à faciliter son adoption); 3) observation des avantages (l'amélioration a été mise en œuvre avec succès ailleurs, et cette réussite est mesurable); et 4) soutien externe (l'établissement à l'étude pourrait contribuer à faciliter la diffusion à de nouveaux établissements).

Les changements à grande échelle peuvent résulter de changements cumulatifs (p. ex. demande de financement de projets à petite échelle et, une fois qu'ils sont validés, demande de financement pour la mise en œuvre à grande échelle). Enfin, des discussions ont eu lieu concernant certains des liens possibles entre la FCASS et le Réseau pancanadien (et la SRAP dans son ensemble) – la possibilité d'accéder aux données du programme FORCES ([En/Fr](#)) a notamment été évoquée.

Systèmes d'apprentissage : Leçons tirées des réseaux de recherche en santé publique fondés sur les pratiques

Glen Mays est directeur du centre national de coordination des services de santé publique et de la recherche sur les systèmes au département des politiques et de la gestion de la santé du collège de la santé publique de l'Université du Kentucky. Il a expliqué les grandes lignes du travail du [programme de réseaux de recherche en santé publique fondés sur les pratiques](#) (practice-based research network, ou PBRN). Ce programme national de la Robert Wood Johnson Foundation appuie la création de réseaux de recherche visant l'étude de l'efficacité comparative, de l'efficience et de l'équité liées aux stratégies de santé publique dans des milieux de pratique réels. Les réseaux de recherche fondés sur les pratiques ont permis d'étudier

des innovations en matière de soins médicaux et de mettre à l'essai des stratégies d'amélioration de la qualité en milieu clinique. S'inspirant de ce modèle, le programme de PBRN en santé publique, lancé en 2008, est la première initiative nationale aux États-Unis visant la création de PBRN de recherche en milieu de pratique en santé publique. Soixante projets de recherche ont été financés dans le cadre de concours. Le réseau comprend 1 593 organismes de santé locaux, 35 organismes de santé d'États, 52 unités de recherche universitaire et 58 organisations professionnelles et communautaires. Un PBRN réunit des organismes de santé publique et des partenaires issus du milieu de la recherche universitaire dans le but de cerner des questions de recherche urgentes, de concevoir des études rigoureuses et pertinentes, de mener efficacement des recherches et d'appliquer rapidement les connaissances à la pratique. Les PBRN de santé publique permettent d'approfondir les connaissances scientifiques nécessaires à la prise de décision fondée sur des données probantes en santé publique grâce à :

- des études comparatives de l'organisation, du financement et de la prestation de services de santé publique dans différents milieux de pratique en santé publique;
- des études observationnelles multicentriques visant la réduction des variations inutiles, inefficaces ou nuisibles dans la pratique;
- des études d'intervention et des essais dans la communauté évaluant l'efficacité de nouveaux programmes et d'initiatives d'amélioration de la qualité;
- des évaluations visant à suivre les effets des changements apportés aux lois, aux politiques, aux règlements, à la dotation, au financement et aux structures organisationnelles.

Une grande partie des recherches effectuées s'articulent autour des interventions naturelles. Le Dr Mays a présenté certains mécanismes de financement, notamment « Quick Strikes » (pour petits projets de recherche liés à des priorités nouvelles) et un appel d'expériences naturelles. Il a ensuite décrit le rôle de formation en matière de recherche fondée sur des pratiques joué par le réseau, a présenté une revue en libre accès maintenant accessible aux responsables des politiques et a expliqué le rôle que joue leur centre de coordination pour stimuler la collaboration entre les réseaux. Enfin, il a souligné que les économies réalisées dans le système de santé grâce à des études novatrices (programmes pilotes) avec plusieurs bailleurs de fonds sont réinvesties dans le programme.

Réflexions, conclusion et prochaines étapes

Erin Holve et Glen Mays ont fait part de leurs réflexions sur l'atelier et ont donné des conseils concernant le futur du Réseau pancanadien. La Dre Holve a encouragé les réseaux régionaux à profiter de l'étape de planification, décisive pour jeter les bases des réseaux. Elle a aussi recommandé fortement de faire attention à l'uniformité des termes employés (p. ex., Réseau [pancanadien] avec un R majuscule et réseau [régional] avec un r minuscule). Une analyse des réseaux sociaux constituerait une première étape importante dans les travaux du réseau. Le Dr Mays a démontré l'importance capitale d'une direction tripartite et de la structure de « réseau de réseaux » pour atteindre les objectifs fixés. Dans l'ensemble, les conférenciers internationaux ont été très encourageants, soulignant que cette ressource nationale en cours de création était d'une valeur inestimable, non seulement pour le Canada, mais également à l'échelle internationale.

Nancy Edwards et Robyn Tamblyn ont mis fin à la séance en remerciant les participants d'avoir fait part de leurs idées durant l'atelier, et ont remercié tout particulièrement Glen Mays et Erin Holve pour leurs contributions et leur expertise. Elles ont réaffirmé que nous allons tous créer ensemble le Réseau pancanadien et que cet atelier constitue une première étape très importante en ce sens. Elles ont souligné que les IRSC communiqueraient ultérieurement d'autres renseignements concernant la phase II et les prochaines étapes de l'élaboration de l'initiative.

Après la séance, les réseaux régionaux ont eu l'occasion de se réunir entre eux et de rencontrer d'autres réseaux pour poursuivre le partage des connaissances.

Réseau de la SRAP sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés

Atelier de renforcement

Liste des participants

Groupe	Nom	Organisme
Responsables des directions tripartites provinciales et territoriales		
Alberta : Réseau sur les innovations en soins de santé intégrés et de première ligne de la SRAP de l'Alberta	Neil Drummond	Professeur et titulaire de la chaire de recherche en soins de première ligne d'Alberta Health Services [Services de santé de l'Alberta] de l'Université de l'Alberta, Départements de médecine familiale, Faculté de médecine et de dentisterie, Université de l'Alberta
	Maeve O'Beirne (pour Lee Green)	Directrice de la recherche, Département de médecine familiale Professeure agrégée adjointe, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Calgary
Colombie-Britannique : Mise sur pied du réseau de la SRAP de la Colombie-Britannique : un processus consultatif	Sabrina Wong	Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université de la Colombie-Britannique; professeure, Centre de recherche sur les services et les politiques de santé
	Anne Junker	Professeure agrégée, Département de pédiatrie, Université de la Colombie-Britannique; investigatrice clinique, Immunité dans la santé et les maladies; Directrice associée, Affaires professorales, Département de pédiatrie; Coprésidente, Coalition canadienne pour la santé des enfants et des jeunes
Manitoba : Réseau de la SRAP sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés du Manitoba	Alan Katz	Professeur et titulaire de la chaire de recherche en prévention primaire du Conseil manitobain de la recherche en matière de santé, Université du Manitoba/Centre manitobain des politiques en matière de santé
	Tamara Buchel	Directrice générale et médecin, Collège des médecins de famille du Manitoba
	Marcia Thomson	Sous-ministre adjointe, Vie saine et Aînés, Gouvernement du Manitoba
Terre-Neuve : Rapprocher les politiques de la pratique par l'intermédiaire des secteurs de la santé et dans toutes les disciplines de ce domaine : Réseau de la SRAP sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés	Marshall Godwin	Directeur, Unité de recherche sur les soins primaires, Faculté de médecine, Université Memorial
	Kris Aubrey-Bassler (pour Kevin Chan)	Professeur adjoint, Unité de recherche sur les soins primaires, Université Memorial
Nouveau-Brunswick : Réseau de la SRAP sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés du Nouveau-Brunswick	Baukje Miedema	Université du Nouveau-Brunswick et Université Dalhousie Département de médecine familiale
	Bev Green (pour Bronwyn Davies)	Directrice, Unité de prévention et de gestion des maladies chroniques, Services communautaires et en établissement Ministère de la Santé, Gouvernement du Nouveau-Brunswick
	Keith Wilson	Médecin de famille dans un cabinet privé, précepteur pour la faculté de médecine de l'Université Dalhousie et professeur dans le programme de formation médicale Dalhousie Medicine New Brunswick

Territoires du Nord-Ouest Mise sur pied d'un réseau de la SRAP sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés dans le Nord	Susan Chatwood	Directrice générale et directrice scientifique de l'Institut de recherche en santé circumpolaire
Nouvelle-Écosse : Réseau de la SRAP sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés de la Nouvelle-Écosse	Frederick Burge	Directeur de la recherche, Département de médecine familiale, et professeur (nomination conjointe), Santé communautaire et épidémiologie, Université Dalhousie Directeur, Qualité et recherche en soins de première ligne, Département de médecine familiale, Régie régionale de la santé Capital
	Richard Gibson	Chef, Département de médecine familiale, Régie régionale de la santé Capital, Nouvelle-Écosse
	Ian Bower	Directeur général, Soins de santé de première ligne et services de santé d'urgence, ministère de la Santé et du Mieux-être, Gouvernement de la Nouvelle-Écosse
Ontario : Meilleur accès et meilleurs soins pour les personnes aux besoins complexes (BEACCON)	Geoffrey Anderson	Titulaire de la chaire en stratégies de gestion de la santé, Faculté de médecine, Université de Toronto
	Onil Bhattacharyya	Titulaire de la chaire Frigon-Blau en médecine familiale, Hôpital Women's College
	Nancy Kennedy	Sous-ministre adjointe, Division de la stratégie et des politiques du système de santé, MSSLD de l'Ontario
Île-du-Prince-Édouard : Innovations en soins de santé de première ligne et intégrés de la SRAP	William Montelpare	Titulaire de la chaire Margaret-and-Wallace-McCain en développement et en santé, Université de l'Île-du-Prince-Édouard
	Andre Celliers	Directeur médical, Soins de santé de première ligne (Summerside)
	Mark Spidel	Directeur, Information sur la santé, Gestion de la protection des renseignements personnels et des documents, Santé Î.-P.-É.
Québec : Réseau-1 Québec : communauté d'apprentissage pour les soins de santé de première ligne et intégrés	Jeannie Haggerty	Réseau-1 Québec; Faculté de médecine, Université McGill
	Antoine Groulx	Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés (DOSPLI) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)
Saskatchewan : Innovations en soins de santé de première ligne et intégrés de la SRAP : lettre d'intention de la Saskatchewan	Nazeem Muhajarine	Professeur, Collège de médecine, Université de la Saskatchewan
	Cory Neudorf	Médecin hygiéniste en chef, Régie régionale de la santé de Saskatoon
	Margaret Baker	Directrice, Gouvernement de la Saskatchewan, Services de santé primaires
Partenaires		
	Michael Boyle	Université McMaster et Offord Centre for Child Studies [Centre Offord en études de l'enfant]
	Cameron Campbell	Association médicale de Terre-Neuve-et-Labrador
	Leah Carr	Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick
	Jim Dunn	Université McMaster
	Mohamed Ravalia	Université Memorial
	Moira Stewart	Université Western
	Cristina Ugolini	Régie régionale de la santé de Saskatoon
Unités de soutien de la SRAP		
Alberta	Tim Murphy	Unité de soutien de la SRAP de l'Alberta
Colombie-Britannique	Greg Martyn	Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé
Manitoba	Frank Krupka	George and Fay Yee Centre for Healthcare Innovation

Maritimes	William Montelpare	Université de l'Île-du-Prince-Édouard
Terre-Neuve-et-Labrador	Brendan Barrett	Université Memorial de Terre-Neuve
Territoires du Nord-Ouest	Jim Corkal	Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Ontario	Vasanthi Srinivasan	Unité de soutien de la SRAP en Ontario
Québec	Marie-Dominique Beaulieu	Université de Montréal
Saskatchewan	Gary Teare	Conseil sur la qualité de la santé
Alliance canadienne des organismes provinciaux de recherche en santé (NAPHRO)		
	Krista Connell	Fondation de la recherche en santé de la Nouvelle-Écosse
	Renata Osika	NAPHRO
	Christina Weise	Conseil manitobain de la recherche en santé
Autres intervenants		
	Ian Boeckh	Fondation Graham Boeckh
	Annie Bouchard	Forces canadiennes
	Martin Ducharme	Santé Canada
	Karen Grimsrud	Agence de la santé publique du Canada
	Robert Poisson	Forces canadiennes
	Stephen Samis	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
	Ruta Valaitis	Association des infirmières et infirmiers du Canada
Instituts de recherche en santé du Canada		
	Nancy Edwards	Institut de la santé publique et des populations
	Phil Sherman	Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète
	Anne Snowdon	Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents
	Robyn Tamblyn	Institut des services et des politiques de la santé
	Ross Upshur	Conseil consultatif de l'Institut du vieillissement
	Erik Blache	Direction des partenariats et du développement des activités
	Jennifer Campbell	Direction des plateformes et des grandes initiatives
	Sarah De La Rue	Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents
	Erica Di Ruggiero	Institut de la santé publique et des populations
	Erica Dobson	Direction des plateformes et des grandes initiatives
	Elisabeth Fowler	Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents
	Susan Law	Institut des services et des politiques de la santé
	Lisa Lemieux	Direction de la conception des programmes stratégiques et de l'analytique
	Mary-Jo Makarchuk	Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète
	Nancy Mason MacLellan	Direction des plateformes et des grandes initiatives
	Linda McKenzie	Direction de la conception des programmes stratégiques et de l'analytique
	Meghan McMahan	Institut des services et des politiques de la santé
	Michelle Peel	Institut du vieillissement
Conférenciers		
	Erin Holve	AcademyHealth, É.-U.
	Glen Mays	Université du Kentucky, É.-U.
	Mike Wilson	Université McMaster

Réseau de la SRAP sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés

Foire aux questions

Questions générales

1. Q : Ce réseau était-il censé être pour les soins de santé communautaires de première ligne (SSCPL)?

Après de vastes consultations et sur l'avis du comité directeur national de la SRAP, le concept initial d'un réseau centré sur les soins de première ligne a évolué pour venir à englober les services de première ligne et intégrés dans tous les secteurs des soins de santé et au-delà, tout en s'appuyant sur les modèles de recherche et de prestation de services en SSCPL.

2. Q : Comme un seul réseau membre par entité sera financé, quels mécanismes seront incorporés pour permettre aux chercheurs intéressés de participer ou de se joindre à un réseau membre financé?

Les organismes provinciaux de financement de la recherche en santé ont convenu de servir de point de contact pour aider à mettre les chercheurs, les décideurs et les professionnels de la santé intéressés en liaison avec le réseau membre établi dans leur province respective. Veuillez noter que ces contacts ne sont pas les responsables du réseau membre. Ils jouent un rôle de liaison en faisant fonction de point de contact. Les contacts désignés pour l'instant sont :

- Colombie-Britannique – Bev Holmes, vice-présidente, Impact de la recherche, Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé : Bholmes@MSFHR.ORG
- Alberta – Pam Valentine, chef de l'exploitation, Alberta Innovates – Health Solutions : Pamela.valentine@albertainnovates.ca
- Saskatchewan – Rod Antonichuk, Directeur des partenariats, Fondation de la recherche en santé de la Saskatchewan : rantonichuk@shrf.ca
- Manitoba – Christina Weise, directrice générale, Conseil manitobain de la recherche en matière de santé : christina.weise@mhrc.mb.ca
- Ontario – Michael Hillmer, directeur, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario : Michael.Hillmer@ontario.ca
- Québec – Anne-Cécile Desfaits, directrice des partenariats, Fonds de recherche du Québec-Santé : AnneCecile.Desfaits@frq.gouv.qc.ca
- Nouvelle-Écosse – Krista Connell, directrice générale de la Fondation de la recherche en santé de la Nouvelle-Écosse : krista.connell@gov.ns.ca
- Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve – Leah Carr, Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick : leah.carr@nbhrc.com
- Territoires du Nord-Ouest – à confirmer
- Nunavut – à confirmer

* Pour les mentions « à confirmer », veuillez communiquer avec Lisa Lemieux (613-948-2398)

3. Q : Comment nous relierons-nous aux unités de soutien? Existe-t-il une ressource nous permettant d'en savoir davantage au sujet des unités de soutien qui ont été financées ou qui le seront?

La liste complète des personnes ressources se trouve à l'adresse <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/45859.html>.

4. Q : Les objectifs incluent la prévention en amont. Prévoyez-vous une intégration en aval également?

Le Réseau pancanadien se concentrera sur l'intégration multisectorielle de stratégies de prévention en amont et de modèles de prestation des soins qui optimisent les soins cliniques et la santé des patients pendant toute leur vie. Il s'intéresse aux transitions dans tout le continuum de la prévention et des soins, et met l'accent sur les modèles qui facilitent l'intégration horizontale et verticale tant dans les secteurs de soins de santé et entre eux (p. ex. santé publique; soins de santé de première, deuxième et troisième lignes; soins à domicile et soins de longue durée) qu'en dehors du domaine de la santé. Une combinaison d'approches en amont et en aval est donc nécessaire pour tenir compte de cette portée globale.

5. Q : Qu'entend-on par besoins complexes?

Les personnes qui ont des besoins complexes sont souvent définies dans la littérature comme faisant partie de sous-groupes vulnérables des points de vue médical et social, qui demandent évidemment une bonne part des services et des coûts de santé. De plus amples détails sont fournis dans le [document d'information](#), à la page 3.

6. Q : Qu'entend-on par portée géographique?

Aux fins du réseau, la portée géographique est la mesure dans laquelle les Canadiens, les pratiques communautaires et leurs patients/populations prioritaires sont directement touchés. Par exemple, au Royaume-Uni, 80 % des pratiques sont membres du réseau de recherche en soins de première ligne. Ainsi, lorsque de nouvelles conclusions sont tirées au sujet de l'efficacité, par exemple, de nouvelles méthodes de dépistage de biomarqueurs pour le cancer, ou des gestionnaires de cas pour les maladies chroniques, toutes les pratiques qui participent à la production de nouvelles connaissances s'investissent dans l'application concrète de ces conclusions. Si une volonté politique et clinique complète cette approche, les stratégies de mise en œuvre nécessaires pour modifier les systèmes peuvent être optimisées en vue d'une mise à grande échelle et une adoption plus rapides des interventions fructueuses, et d'un désinvestissement massif dans les stratégies inefficaces. Pour plus de détails, voir le [document sur les exigences pour les membres du réseau](#) (plus précisément, exigence numéro 8 et annexe 1).

7. Q : À quoi ressembleront, selon vous, les mécanismes de liaison avec les équipes de SSCPL?

L'initiative phare des IRSC sur les soins de santé communautaires de première ligne (SSCPL) a récemment financé [12 équipes d'innovation](#) dans tout le pays. Ces équipes constituent un important atout dans le milieu des SSCPL au Canada et, compte tenu de leur mandat interprovincial/territorial (et international dans trois cas), la plupart des réseaux membres compteront des représentants de ces équipes dans leur province/territoire/région. Pour profiter des synergies, et incorporer les avancées dans les modèles de SSCPL et les méthodes permettant les comparaisons intergouvernementales et internationales dont les équipes seront les pionnières, chaque réseau membre sera appelé à nouer des liens avec des personnes participant au projet des équipes d'innovation en SSCPL. Pour plus de détails,

voir le [document sur les exigences pour les membres du réseau](#) (plus précisément, exigence numéro 9).

8. Q : La participation de spécialistes est-elle encouragée?

Oui. Ayant une portée globale, le réseau est conçu pour mobiliser des spécialistes de diverses disciplines dans tout le continuum des soins afin de prendre en compte l'orientation prioritaire énoncée du réseau (voir la [Possibilité de financement](#) pour plus de détails).

9. Q : Le réseau se concentre-t-il sur une maladie ou un trouble particulier?

Non, il n'est pas censé se concentrer sur une maladie ou un trouble **particulier**, mais s'intéresser plus globalement aux nouvelles approches de prestation de soins intégrés (incluant les services de prévention et les services de santé de première ligne) tant horizontalement que verticalement tout le long du continuum des soins, en réponse aux défis suivants :

- les personnes qui ont des besoins complexes à toutes les étapes de la vie, ce qui montre qu'il pourra évoluer avec le temps pour inclure tous les groupes d'âge (des enfants aux adultes âgés);
- l'intégration multisectorielle des stratégies de prévention et des modèles de prestation de soins.

10. Q : Pouvez-vous nous donner une idée de l'ordre de grandeur financier de la possibilité de financement pour la demande de réseau final (une fois la phase de développement terminée)? Autrement dit, quel pourrait être l'ordre de grandeur financier probable de l'infrastructure pour les réseaux régionaux finals? Je ne suis pas sûr de comprendre le financement pour la phase 3. Y aurait-il pour chaque réseau une classe de financement à même laquelle il négocierait sa participation à différents projets interprovinciaux/territoriaux/régionaux?

Outre la subvention de développement de réseau, les IRSC disposent de 12,5 millions de dollars pour le réseau, cette somme qui sera égalée par des partenaires pour un investissement total sur cinq ans de 25 millions de dollars. Une portion de ces 25 millions de dollars sera mise à la disposition de chaque réseau membre ainsi que du centre de coordination du Réseau comme subvention de fonctionnement lorsqu'ils seront intégrés dans le Réseau pancanadien de la SRAP après la soumission de la phase II. Le reste des 25 millions sera disponible pour les priorités de recherche et de mise en œuvre interprovinciales/territoriales/régionales du Réseau (ce sera la majorité des fonds).

Les réseaux membres qui s'intéressent à une priorité de recherche particulière du réseau collaboreront à l'élaboration d'un protocole comparatif interprovincial/territorial/régional.

11. Q : Vous attendez-vous à ce qu'il y ait des fonds expressément consacrés à chaque province/territoire/région à l'étape du réseau complet?

Oui. Une fois approuvé en tant que réseau membre, chacun recevra des fonds de fonctionnement annuels pour l'aider à appuyer et à maintenir ses activités de base. Conformément aux principes de financement de la SRAP, des fonds de contrepartie seront nécessaires.

- 12. Q : Je suis responsable des soins cliniques. À supposer que j'aie une idée ou que j'aie décidé d'apporter un changement au système, dans quelle mesure sera-t-il difficile d'être rattaché à des chercheurs, d'obtenir des fonds de contrepartie, d'intéresser une autre province, d'obtenir des fonds de la SRAP, etc. Cela sera-t-il un avantage ou, au contraire, un inconvénient?**

On espère que le concept ou modèle de réseau offrira un mécanisme pour justement aider à surmonter les difficultés du genre. La direction tripartite mettra automatiquement en contact les chercheurs, les cliniciens et les responsables de politiques. L'obligation de mobiliser des intervenants clés dans tout le continuum des soins permettra d'avoir facilement accès à un réseau de chercheurs. Le conseil de direction offrira un mécanisme de liaison des réseaux membres entre eux pour déterminer les priorités interprovinciales/territoriales communes. Les réseaux provinciaux/territoriaux seront un important atout (une importante infrastructure) pour tirer parti d'autres possibilités, y compris pour demander des subventions de programme ou de projet afin de surmonter des difficultés qui sont strictement locales (et qui ne peuvent donc pas faire l'objet de recherche par le réseau).

Phase II

- 1. Q : Combien de réseaux membres seront acceptés pour la phase II?**

Tous les réseaux membres approuvés à la phase I peuvent présenter une demande pour la phase II.

- 2. Q : Quelle est la valeur des IRSC mis à la disposition de chaque réseau?**

En plus des 75 000 \$ des IRSC pour chaque subvention de développement de réseau (phase 1), un total de 12,5 millions de dollars sur cinq ans provenant des IRSC est mis à la disposition du réseau (somme égalée par les partenaires). Une partie de ces 12,5 millions de dollars sera attribuée à chaque réseau membre pour son fonctionnement de base (pour le moment, entre 50 000 \$ et 100 000 \$ par année selon la taille et les besoins du réseau), une partie, au centre de coordination du Réseau (somme à confirmer), et le reste, aux projets de recherche interprovinciaux/territoriaux prioritaires du Réseau pancanadien. Dans tous les cas, les partenaires doivent équilibrer la mise de fonds des IRSC. La même somme est prévue pour tous les réseaux membres.

- 3. Q : Dans ce qui est nécessaire pour la phase 2, qu'est-ce qui est différent de ce qui l'était pour la phase de développement, et quels sont les critères d'évaluation?**

La phase 2 du processus de demande portera sur les [10 exigences pour les membres du réseau](#). Les critères d'évaluation exacts sont actuellement en développement (les échanges à l'atelier de renforcement seront pris en compte à cet égard).

- 4. Q : Quelle fonction aura le centre de coordination du Réseau, et quel est le niveau du financement prévu pour le soutenir?**

Un centre de coordination du Réseau est envisagé comme entité à valeur ajoutée qui tirera parti des nombreux atouts nationaux du Canada dans les soins de santé de première ligne et intégrés pour offrir une approche coordonnée des activités de communication, de formation, d'application des

connaissances et de mobilisation des patients et intervenants au sein du réseau. L'étendue des activités du centre de coordination devra être déterminée de concert avec les réseaux membres et les autres intervenants. Le niveau du financement des IRSC sera établi, après discussion, à l'atelier de renforcement. Des fonds de contrepartie égaux à ceux des IRSC devront également être engagés dans le financement du centre de coordination.

5. Q : Quel est le processus de priorisation pour les éventuels projets de recherche?

Les réseaux membres travailleront ensemble pour déterminer les domaines interprovinciaux/territoriaux prioritaires communs. À court terme, le réseau membre se concentrera sur de nouvelles méthodes de prestation de soins de première ligne et intégrés horizontalement et verticalement dans tout le continuum pour répondre aux besoins complexes à cet égard à toutes les étapes de la vie, ce qui montre sa capacité d'évoluer dans le temps et d'élargir sa portée pour inclure des groupes d'âge allant des enfants aux personnes âgées. Il s'intéressera aussi à l'intégration multisectorielle de stratégies de prévention en amont et de modèles de prestation de soins.

Selon le document d'information au sujet du réseau sur le site Web des IRSC (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/47870.html>), parmi ces domaines prioritaires initiaux, le réseau appuiera la recherche qui correspond aux priorités horizontales et verticales de soins de première ligne et intégrés communes à plusieurs provinces et territoires et au gouvernement fédéral, et là où une approche intergouvernementale représente une valeur ajoutée, par exemple :

- connaissance de l'efficacité comparative des approches employées par divers gouvernements à l'égard du même défi,
- solution plus rapide et/ou généralisable dans un secteur prioritaire par l'emploi d'une approche interprovinciale/territoriale, et/ou
- évaluation plus approfondie d'un secteur prioritaire par l'utilisation de l'expertise et des ressources de plusieurs gouvernements.

Les priorités de recherche du Réseau de la SRAP sur les innovations en soins de santé intégrés de première ligne pancanadien devraient correspondre à des défis communs à plusieurs réseaux membres, où les méthodes de prestation des services varient, et où l'investissement est considérable (y compris pour leur évaluation). Cette façon de procéder offre des possibilités d'évaluer plus en détail et plus utilement les attributs particuliers d'approches qui sont efficaces d'une province ou d'un territoire à l'autre, et comment ces approches sont influencées par le contexte hétérogène (p. ex. contexte organisationnel des politiques, du système de santé). L'utilisation de mesures et de résultats communs permettra des comparaisons plus directes d'approches prometteuses.

6. Q : Quelle est la composition prévue du Réseau pancanadien global, c'est-à-dire, des 11 réseaux membres qui sont parvenus à la phase II, combien feront partie de l'éventuel Réseau pancanadien?

Les 11 réseaux membres qui ont reçu une subvention de développement de réseau travailleront afin

de renforcer leur réseau de manière à ce qu'il réponde aux 10 exigences dans le cadre de la phase I, et les 11 réseaux membres devraient normalement faire partie du Réseau pancanadien global. La phase II et les futures activités en ce qui a trait au réseau auront pour but de créer des synergies entre les réseaux membres, et non d'en éliminer.

7. Q : À quoi ressemblera la structure nationale?

La structure du Réseau pancanadien comprendra les 11 réseaux membres provinciaux/territoriaux, un « conseil de direction du réseau » (auquel seront représentés les 11 réseaux), un « centre national de coordination », et un bureau de gestion et d'administration des IRSC. D'autres entités, et une structure de gouvernance propre (avec un mandat, etc.) seront établies en collaboration avec les réseaux membres à mesure que le Réseau pancanadien prendra forme, en commençant par des discussions à l'atelier de renforcement.

Objectifs du Réseau pancanadien

8. Q : Quel est le but principal du Réseau pancanadien?

Le but principal du Réseau pancanadien est de soutenir, par des données probantes, la transformation et la prestation de soins de santé plus rentables et intégrés, en vue d'améliorer les résultats cliniques et le rendement au chapitre de la santé des populations, de la réduction des disparités en santé et du système de santé.

9. Q : Pourquoi la vocation du réseau a-t-elle changé et n'est-elle plus limitée strictement aux soins de première ligne?

Après de vastes consultations et sur l'avis du comité directeur national de la SRAP, le concept initial d'un réseau centré sur les soins de première ligne a évolué pour venir englober les services de première ligne et intégrés dans tous les secteurs des soins de santé et au-delà et, améliorer la santé et les soins de santé pour les personnes ayant des besoins complexes, tout en s'appuyant sur les modèles de recherche et de prestation de services en SSCPL.

10. Q : Quelle est la vision des IRSC pour ce réseau, et à quoi ressemblera-t-il dans deux ans?

La vision globale pour le Réseau pancanadien est la suivante : catalyser la création de systèmes d'apprentissage dans tout le pays (par l'entremise d'un modèle de réseau de réseaux) qui font intervenir un changement de paradigme dans l'entreprise de recherche traditionnelle, c'est-à-dire le passage à une entreprise où la recherche est enchâssée dans la prise de décision en matière de politiques et de pratiques de santé, et guide la conception, l'évaluation et la mise à l'échelle de modèles de soins de première ligne et intégrés qui produisent des améliorations de la santé individuelle et populationnelle, de l'équité en matière de santé et des résultats du système de santé.

11. Q : Quelle est la vision des IRSC pour la SRAP, et pourquoi celle-ci a-t-elle été créée?

La SRAP est une coalition nationale de partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux (patients et soignants, chercheurs, professionnels de la santé, responsables de politiques, autorités provinciales et territoriales de la santé, établissements universitaires, organismes caritatifs, secteur pharmaceutique, etc.) voués à l'intégration de la recherche aux soins. Elle vise à favoriser des soins de santé basés sur des

données probantes en évaluant des approches diagnostiques et thérapeutiques novatrices et en les intégrant au lieu d'intervention.

L'excellence de la recherche au Canada est reconnue dans le monde, et le pays se classe parmi les meilleurs au chapitre de l'impact scientifique de la recherche en santé. Pourtant, les données montrent que 50 % des patients ne bénéficient pas de traitements dont l'efficacité est démontrée et que jusqu'à 25 % des patients reçoivent des soins inutiles ou potentiellement dangereux.

Les mesures d'incitation à la recherche en santé ne sont pas orientées vers ces problèmes. Pour réunir le monde de la recherche, les décideurs et les patients, il faut apporter des changements à la culture et aux approches utilisées. Le défi consiste à élaborer et à appliquer des projets de recherche qui permettront une utilisation plus efficace des ressources en santé existantes et l'introduction de plus de stratégies de diagnostic et de traitement rentables de façon à réduire les coûts tout en offrant des soins de grande qualité.

Cette intégration de la recherche aux soins est l'objectif de la SRAP.

12. Q : Comment la réussite sera-t-elle mesurée?

Un cadre de mesure du rendement sera établi de concert avec le Réseau pancanadien.

13. Q : Quelles mesures seront mises en place pour assurer la viabilité?

Les IRSC travailleront étroitement avec des partenaires et le Réseau pancanadien pour favoriser la pérennité du réseau.

Conception du réseau

14. Q : Comment les besoins du patient et du partenaire peuvent-ils être pris en compte durant la phase de conception?

Les patients apportent un point de vue de « spécialiste » en raison de leur expérience unique et des connaissances acquises parce qu'ils vivent avec une maladie ou une affection, et aussi de leur expérience des traitements et du système de soins de santé. Les citoyens, les patients et leurs soignants peuvent collaborer utilement par une gamme de rôles dans les structures de gouvernance, l'établissement des priorités et la formulation de questions de recherche. Les patients peuvent également aider les chercheurs à en recruter d'autres et à atteindre les groupes sous-représentés.

15. Q : Les réseaux peuvent-ils avoir des partenaires internationaux?

Oui, les réseaux membres peuvent avoir des partenaires internationaux (quoique ce ne soit pas obligatoire), en particulier si cela leur permet de remplir les dix exigences pour les membres du réseau (p. ex. l'exigence relative à la mobilisation des principaux intervenants dans la restructuration des soins de première ligne et intégrés) ou d'entreprendre les projets de recherche. De plus, on s'attend à ce que lorsque le Réseau pancanadien sera établi, il puisse éventuellement devenir international.

16. Q : Les réseaux peuvent-ils s'allier au secteur privé?

Oui. Comme il est indiqué sous « Financement partenarial » dans les [dix exigences pour les membres](#)

[du réseau](#), des fonds partenariaux peuvent être obtenus de diverses sources publiques, privées à but lucratif et privées sans but lucratif (p. ex. ministères de la Santé, des Services sociaux et/ou de l'Éducation, organismes provinciaux de financement de la santé, organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé, fondations privées, etc.).

17. Q : Comment pouvons-nous passer d'une culture de compétition à une culture de collaboration?

Avec l'établissement de réseaux provinciaux/territoriaux à la phase I, l'aspect compétition entre les provinces/territoires n'est plus un facteur à considérer. À l'avenir, l'intention est de faire en sorte que les partenaires financiers et les réseaux provinciaux/territoriaux aient leur mot à dire au sujet des mécanismes nécessaires pour établir et mettre en œuvre le réseau des réseaux (p. ex. le centre de coordination du Réseau, la gouvernance, le consortium des bailleurs de fonds).

18. Q : Comment les réseaux membres s'harmoniseront-ils avec les autres dans tout le pays?

Selon ce qui est prévu, les réseaux membres travailleront de façon synergique ensemble et coordonneront les activités et les priorités par une structure prenant la forme d'un conseil de direction (au sein duquel seront représentés les 11 réseaux membres).

19. Q : Quels sont les rôles de chaque type de responsable de la direction tripartite?

La direction tripartite est un élément clé de la conception des réseaux. Les rôles des membres de la direction tripartite sont les suivants :

- a) Le **responsable des soins cliniques** sera un chef de file reconnu dans la prestation de soins de première ligne et intégrés qui sera en mesure de mobiliser les idées créatives, les connaissances tacites et l'expérience, ainsi que la collaboration des professionnels de la santé dans tous les secteurs et des consommateurs, vers un but commun d'innovation et d'amélioration dans les soins de première ligne et intégrés.
- b) Le **responsable des politiques** sera un cadre supérieur ou chef de file expérimenté dans le système de santé qui aura le pouvoir d'influencer la politique des services de santé ou la prestation de ces services, ou de prendre des décisions en ces matières. Il aura pour responsabilité d'évaluer les impacts sur les politiques et les systèmes des innovations proposées dans les soins; de déterminer les changements sur le plan des ressources, de la gestion et des politiques qui peuvent être nécessaires pour le passage réussi à un nouveau mode de prestation; de planifier avec le responsable des soins cliniques la mise en œuvre et la mise à l'échelle de protocoles pour incorporer les nouvelles approches de soins intégrés et de première ligne.
- c) Le **responsable de la recherche**, en tant que chef de file et chercheur reconnu spécialisé dans les modèles de soins de première ligne et intégrés, devra veiller au développement et à la coordination de l'expertise au sein de la communauté de recherche, élaborer des protocoles de recherche locaux et nationaux permettant d'évaluer l'efficacité comparative, déterminer les indicateurs pertinents pour évaluer les résultats, et publier et diffuser les connaissances nouvelles, en collaboration avec les responsables des soins cliniques et des politiques.

20. Q : Qu'est-ce qui arrive si un membre de la direction tripartite change avant la prochaine phase?

Il est acceptable qu'un ou plusieurs des membres de la direction tripartite d'un réseau changent entre

la phase I (subvention de développement) et la phase II.

21. Q : Y aura-t-il une plateforme de collaboration pour mettre en commun le travail, discuter des problèmes, planifier les projets?

Une fois établi, le centre de coordination servira de plateforme pour faciliter l'échange d'information et les discussions entre les provinces/territoires. En attendant, les IRSC, par l'entremise du bureau de gestion et d'administration, fourniront cette plateforme. Le conseil de direction offrira également un mécanisme pour l'échange d'idées sur les projets de recherche et les approches méthodologiques. Il y aura en plus la planification d'un forum annuel, organisé par le centre de coordination du Réseau.

22. Q : L'hypothèse semble être que les conclusions de la recherche ne sont pas utilisées dans la pratique parce qu'elles ne se rendent pas à ce niveau, mais mes collègues sont souvent au courant de ces conclusions; ils considèrent qu'il s'agit de la « saveur du mois » et se disent que si les pratiques exemplaires changent toujours, à quoi sert de les adopter. Que faut-il répondre à cela?

Il est préférable de prendre des décisions fondées sur un ensemble de données probantes (p. ex. la Collaboration Cochrane; le John Lavis' Health Systems Evidence) plutôt que sur la base d'études uniques. Nombre des programmes et des initiatives des IRSC, dont le Réseau sur les innovations en soins de santé intégrés et de première ligne, visent à faire participer les décideurs et les cliniciens à toutes les étapes du processus de recherche pour assurer la pertinence de la question de recherche, le caractère approprié des méthodes par rapport aux défis à surmonter dans les politiques et la pratique, la prise en compte du contexte local, etc.

Le Réseau pancanadien voudra favoriser l'évaluation en temps réel de politiques et d'interventions dont le but est de contribuer à une amélioration de la qualité continue et fondée sur des données probantes.

Rôle des IRSC

23. Q : Comment les IRSC appuieront-ils les réseaux membres? Y aura-t-il de l'aide pour la création de structures de gouvernance, l'établissement d'accords de partenariat, et la gestion et les rapports courants?

Selon ce qui est prévu, les IRSC appuieront les réseaux membres par l'entremise d'un bureau de gestion et d'administration. Un premier aperçu du rôle que pourrait jouer ce bureau est donné au tableau 1 du document publié à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/47870.html>. Il est entendu, toutefois, que ce rôle évoluera vraisemblablement à la lumière des résultats de l'atelier et des discussions en cours avec les réseaux membres et les autres bailleurs de fonds.

24. Q : Comment les IRSC s'assureront-ils que les unités de soutien appuient les réseaux membres?

Les unités de soutien en sont à divers stades de mise en œuvre, de sorte que les réseaux membres devraient prendre contact avec leur unité de soutien provinciale/territoriale afin de mieux

comprendre quels services et quelles ressources sont disponibles pour appuyer le travail du grand réseau. Les unités de soutien sont très au courant de leur devoir de soutenir la recherche axée sur le patient dans leur province ou territoire, ainsi que cette recherche faite collectivement dans tout le Canada, y compris le travail des réseaux membres de la SRAP. Les IRSC ont créé un mécanisme pour assurer la liaison entre les unités de soutien. Cela devrait faciliter le travail de tout le Réseau pancanadien sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés, car plusieurs réseaux provinciaux/territoriaux travailleront ensemble.

25. Q : Y a-t-il une attente quelconque quant à la provenance des fonds de contrepartie?

Il est indiqué dans l'aperçu des [Exigences pour les membres du réseau](#) que le financement en partenariat d'un réseau membre peut être assuré par diverses sources publiques, privées à but lucratif et privées sans but lucratif (p. ex. ministères de la Santé, des Services sociaux et/ou de l'Éducation, organismes provinciaux de financement de la santé, organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé, fondations privées, etc.). Les seules restrictions qui s'appliquent aux fonds de contrepartie sont qu'ils ne peuvent pas provenir des trois organismes de financement et ne peuvent pas avoir été levés précédemment pour d'autres activités des IRSC.

Les contributions de contrepartie des partenaires peuvent inclure jusqu'à 25 % de contributions admissibles avec valeur en espèces, et peuvent avoir été versées jusqu'à un an avant la date limite pour les demandes de subvention de développement de réseau. La rétroactivité des fonds des partenaires doit être justifiée et détaillée dans la justification du budget.

26. Q : Comment pouvons-nous maximiser la capacité des unités de soutien dans tout le Canada (p. ex. analyse des données, méthodes)?

Un conseil des unités de soutien de la SRAP (CUSS), formé des responsables de chaque unité de soutien, a été créé afin de permettre les échanges et la collaboration entre les unités de soutien pendant qu'est établi et mis en œuvre cet élément de la SRAP. Le CUSS se concentrera sur ce qui suit :

- Échanger des informations, des pratiques exemplaires, des outils et des enseignements;
- Discuter des priorités et des défis;
- Déterminer les mécanismes de liaison entre les provinces/territoires;
- Faciliter la collaboration entre les unités de soutien;
- Fournir un point de contact pour les nouvelles initiatives;
- Diriger les travaux des groupes de travail;
- Servir de forum pour faire le point sur les autres éléments de la SRAP. Le conseil sera ainsi la plateforme idéale pour maximiser la capacité des unités de soutien selon une approche unifiée et coordonnée.

Phase I (complétée)

1. Q : La date limite du 10 janvier 2014 est-elle ferme?

Pour que les fonds de la subvention de développement de réseau soient attribués au cours du présent exercice financier, la date limite doit demeurer le 10 janvier 2014, 20 h (HNE).

2. Q : Comment une collaboration entre provinces présenterait-elle une demande à la phase I? Une seule demande suffirait-elle, ou chaque membre de la collaboration devrait-il présenter une demande?

Une collaboration de provinces/territoires peut présenter une demande à la phase I. Pour cette phase, chaque province ou territoire serait tenu de présenter une demande pour la classe de financement applicable et de satisfaire aux [conditions d'admissibilité](#). Dans la proposition, la province ou le territoire décrirait la collaboration et se concentrerait sur sa contribution à cette collaboration. Il ou elle pourrait expliquer, par exemple, comment les dix conditions d'admission au réseau sont remplies dans toute la collaboration. À noter que les provinces/territoires qui font partie de la collaboration peuvent demander une contribution des IRSC équivalente à leur nombre. Par exemple, si trois provinces avaient l'intention de collaborer pour former un réseau régional, elles pourraient demander jusqu'à 225 000 \$ aux IRSC, et devraient obtenir des contributions de valeur équivalente auprès de partenaires externes. Pour avoir droit à un financement bonifié, chaque entité membre de la collaboration devrait être classée au premier rang de sa classe de financement. À noter que dans l'exemple ci-dessus, si deux des trois provinces se classaient premières pour leurs classes de financement respectives, la collaboration entre elles se poursuivrait, mais elle bénéficierait d'une contribution de 150 000 \$ des IRSC au lieu de 225 000 \$.

Voici un scénario si la province X collabore avec la province Y, mais que la province Y n'a aucuns fonds de contrepartie. Si la province Y veut avoir la possibilité d'être choisie comme réseau pour sa province, elle doit présenter une demande pour sa propre classe de financement. Quelques options peuvent être considérées :

1. La province Y peut présenter une demande pour sa classe particulière même si elle n'a pas de demande de financement. Aussi, elle n'a pas à demander les 75 000 \$ au complet. Si une somme moindre peut être obtenue sous forme de fonds de contrepartie, cette somme peut être demandée.
2. Dans le cadre de la collaboration, la province X serait autorisée à demander un maximum de 75 000 \$ seulement. Si des fonds supplémentaires pouvaient être obtenus de la province X, le partenariat pourrait choisir de les acheminer vers la province Y. La province Y présenterait alors une demande, correspondant à cette somme, pour sa classe particulière. Cependant, si l'une ou l'autre des demandes n'était pas la mieux classée pour sa classe, les fonds de contrepartie ne seraient alors pas obtenus pour la demande infructueuse.

La province Y ne présente pas de demande pour sa classe particulière; par conséquent, elle ne serait pas considérée comme le réseau provincial (dans le réseau de réseaux). Si la demande de réseau partenarial de la province X et de la province Y et une autre demande de réseau de la province Y étaient retenues à cette étape, l'atelier de renforcement serait une occasion de promouvoir les relations avec le réseau choisi de la province Y.

3. Q : Puisqu'un seul réseau sera approuvé par classe de financement, comment entrevoyez-vous le fonctionnement des collaborations à cette phase?

À cette phase, on peut établir des collaborations pour aider les groupes à répondre aux exigences globales et des plans sur la manière dont le réseau membre s'y prendra pour répondre aux exigences et atteindre les résultats désirés.

4. Q : Si plusieurs propositions proviennent d'une province donnée, demandera-t-on qu'elles soient fusionnées ou seront-elles évaluées les unes par rapport aux autres comme des propositions distinctes?

Les candidats ne seront pas invités à fusionner leurs demandes au moment de les présenter. Après les résultats de cette étape, des mécanismes seront établis pour encourager les candidats dont la demande a été rejetée à contacter le réseau financé pour discuter de collaborations possibles.

5. Q : Est-ce qu'on s'attend à ce que les provinces lancent un concours pour déterminer les réseaux candidats?

On ne s'attend pas à ce que les provinces ou territoires lancent un concours pour établir leur réseau.

6. Q : Comment distinguez-vous un groupe fédéral?

Une entité fédérale admissible doit être responsable de la prestation de services de santé (p. ex. Forces armées, santé des Autochtones).

7. Q : Y a-t-il une attente quelconque quant à la provenance des fonds de contrepartie?

Il est indiqué dans l'aperçu des [Exigences pour les membres du réseau](#) que le financement en partenariat d'un réseau peut être assuré par diverses sources publiques, privées à but lucratif et privées sans but lucratif (p. ex. ministères de la Santé, des Services sociaux et/ou de l'Éducation, organismes provinciaux de financement de la santé, organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé, fondations privées, etc.). Les seules restrictions qui s'appliquent aux fonds de contrepartie sont qu'ils ne peuvent pas provenir des trois organismes de financement et ne peuvent pas avoir été levés précédemment pour d'autres activités des IRSC.

Les contributions de contrepartie des partenaires peuvent inclure jusqu'à 25 % de contributions admissibles avec valeur en espèces, et peuvent avoir été versées jusqu'à un an avant la date limite pour les demandes de subvention de développement de réseau. La rétroactivité des fonds des partenaires doit être justifiée et détaillée dans la justification du budget.

8. Q : Les organismes provinciaux se sont-ils engagés déjà à fournir des fonds de contrepartie ou est-ce que ce sera aux candidats de voir à ce qu'ils le fassent?

Les IRSC n'ont pas obtenu de fonds de contrepartie. Ce sera la responsabilité des candidats d'obtenir les fonds de contrepartie nécessaires.

9. Q : Le responsable scientifique sera-t-il le chercheur principal désigné (CPD)? Qui recevra la subvention de développement de réseau : les universités? les gouvernements? les agences de services de santé?

Le réseau aura une direction tripartite. Pour l'administration des fonds et les rapports aux IRSC, le CPD doit être un des membres de la direction tripartite affilié à un [établissement admissible des IRSC](#).

10. Q : Un clinicien chercheur peut-il être le responsable pour la pratique clinique?

Un clinicien chercheur peut être considéré comme le responsable pour la recherche ou la pratique clinique, mais pas les deux. Selon les critères d'admissibilité, le responsable dans le domaine clinique doit être un professionnel de la santé qui est activement engagé dans la prestation des soins de santé. La direction devra être constituée des trois responsables requis dans les domaines de la recherche, des politiques et de la pratique clinique.

11. Q : Quelle formation ou quel soutien seront fournis aux réseaux quant à leur fonctionnement, ainsi qu'au réseau de réseaux au niveau national?

Un des critères d'évaluation de la subvention de développement de réseau a trait à la gouvernance et spécifie que les demandes seront évaluées par rapport à la qualité du plan pour établir une structure de gouvernance fondée sur des données probantes et assortie de rôles, de responsabilités et de mécanismes de résolution des différends clairement définis, qui permettront au réseau d'atteindre ses buts et de faire participer les citoyens/patients/familles, les responsables de politiques, les chercheurs et les professionnels de la santé à la gouvernance du réseau.

Dans les trois mois suivant l'annonce de la décision pour la subvention de développement de réseau, les candidats retenus assisteront à un atelier de renforcement pour les aider à préparer leur demande en vue de devenir membres du Réseau de la SRAP sur les innovations en soins de santé intégrés de première ligne pancanadien.

12. Q : Dans le cadre de la subvention de développement , le budget doit inclure le coût de la participation de la direction tripartite à un atelier de renforcement. Combien de jours durera l'atelier?

Nous projetons de tenir un atelier de deux jours.

13. Q : Après l'obtention d'une subvention de développement, de combien de temps dispose le réseau pour présenter une demande pour devenir un réseau du réseau?

Les bénéficiaires d'une subvention de développement de réseau seraient censés présenter une demande pour devenir membres du Réseau de la SRAP sur les innovations en soins de santé intégrés de première ligne pancanadien sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés à l'automne 2014. Toutefois, ce délai peut changer, et les IRSC tiendront tous les intéressés au courant des changements s'il y a lieu.

14. Q : Dans le contexte de cette possibilité de financement, que signifie le terme entité?

Telle que définie dans la [possibilité de financement](#), une entité peut être provinciale, territoriale, fédérale ou régionale (c.-à-d. une combinaison de plusieurs provinces et/ou territoires). Les provinces et/ou les territoires qui collaborent pour former un réseau régional peuvent demander aux IRSC une

contribution d'un montant proportionnel au nombre de provinces et/ou territoires inclus dans la collaboration.

15. Q : Est-il possible d'avoir des membres d'autres provinces, même si la demande représente une seule province?

Les demandes présentées au nom d'une seule province ou d'un seul territoire peuvent compter des membres d'autres provinces/territoires qui possèdent l'expertise nécessaire pour répondre aux exigences du réseau membre. La direction tripartite doit être de la province qui présente la demande.