



Conseil de la santé
du Nouveau-Brunswick

Engager. Évaluer. Informer. Recommander.



Notre santé. Nos perspectives. Nos Solutions.

*RÉSULTATS DE NOTRE PREMIÈRE INITIATIVE D'ENGAGEMENT DES CITOYENNES
ET DES CITOYENS DU NOUVEAU-BRUNSWICK*

***Priorités en matière de santé primaires :
Sommaire des participantes et participants***



Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions.

Pour plus d'information :

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Pavillon J.-Raymond-Frenette
100, rue des Aboiteaux, bureau 2200
Moncton (Nouveau-Brunswick)
E1A 7R1

Téléphone : 506.869.6870

Télécopieur : 506.869.6282

Sans frais : 1.877.225.2521

www.csnb.ca

Comment citer ce document :

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions.*

Résultats de notre première initiative d'engagement des citoyennes et des citoyens du Nouveau-Brunswick . Priorités en matière de santé primaire : sommaire des participantes et participants

Le rapport complet de *Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions.* est disponible au :

http://www.nbhc.ca/engagement_citoyen.cfm

Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions.



Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions. était la première initiative d'engagement du citoyen à grande échelle du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB). Elle avait pour but d'informer le CSNB, lors de l'élaboration de ses recommandations à l'intention des parties intéressées en santé, au sujet de ce que les citoyens estiment être nécessaire de faire pour avoir un système de santé axé sur le citoyen. L'initiative se divisait en trois phases et a été conçue afin d'impliquer les citoyens du Nouveau-Brunswick et les parties prenantes du système de santé (voir figure 1) dans une discussion sur les valeurs les plus importantes du système de santé et de déterminer ce qu'il faut faire pour l'améliorer et obtenir de meilleurs résultats en santé au niveau provincial.

Figure 1 : groupes ciblés

Participants (groupes ciblés)	
Citoyen.ne.s-50 %	Parties prenantes- 50 %
<ul style="list-style-type: none"> • Groupes d'âge • Premières Nations • Sexe/genre • Langue officielle de choix • Régions urbaines/rurales • Groupes socioéconomiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Communautés universitaires • Groupes communautaires • Représentants du gouvernement • Professionnels de la santé • Gestionnaires en santé et mieux-être • Élus municipaux • Groupes d'intérêt public

Au cours de la troisième et dernière phase de ce processus, nous avons mis les participants au défi d'entreprendre la tâche difficile d'établir des priorités parmi les nombreuses idées et suggestions qui ont été soumises lors des phases I et II. Afin de les aider à structurer ce travail, nous avons regroupé par thème les idées les plus saillantes et les plus fréquentes qui ont surgi et les avons présentées comme une série de domaines possibles d'action.

Nous avons demandé aux participants d'imaginer qu'ils étaient **ministre de la Santé** d'un jour, tout au long de leur évaluation de chaque option, d'abord en se fiant à leur réflexion personnelle, puis dans le cadre d'une discussion avec leurs collègues du groupe, et finalement lors de la séance plénière. La tâche que nous leur avons assignée consistait à choisir lesquelles des deux options en soins primaires ils choisiraient de traiter en tenant compte de s'assurer que le système de santé en premier lieu :

- réponde aux besoins et aux attentes des Néo-Brunswickois (comme on les avait précisés tout au long des phases I et II du processus) ; et
- s'avère viable à long terme.

En second lieu, nous avons rappelé aux participants qu'à titre de ministre de la Santé, ils devaient trouver un équilibre entre des besoins et des intérêts concurrents, y compris :

- équilibrer la réponse de la province entre les besoins actuels et la poursuite d'objectifs à venir;
- reconnaître et traiter les besoins et attentes uniques de diverses populations (par ex., les enjeux liés aux enfants et aux jeunes, aux personnes âgées, aux personnes ayant une incapacité ou des troubles de santé mentale);
- allouer des ressources à la fois aux soins et aux services « en amont » (promotion/prévention) et « en aval » (curatifs);
- allouer des ressources dans tous les secteurs des soins de santé (primaires, aigus, de soutien/spécialisés, palliatifs);
- optimiser les investissements dans les centres d'excellence et les soins locaux; et
- déterminer si des interventions dans tout le système ou ciblées sont requises.

1 Les priorités en matière de soins primaires

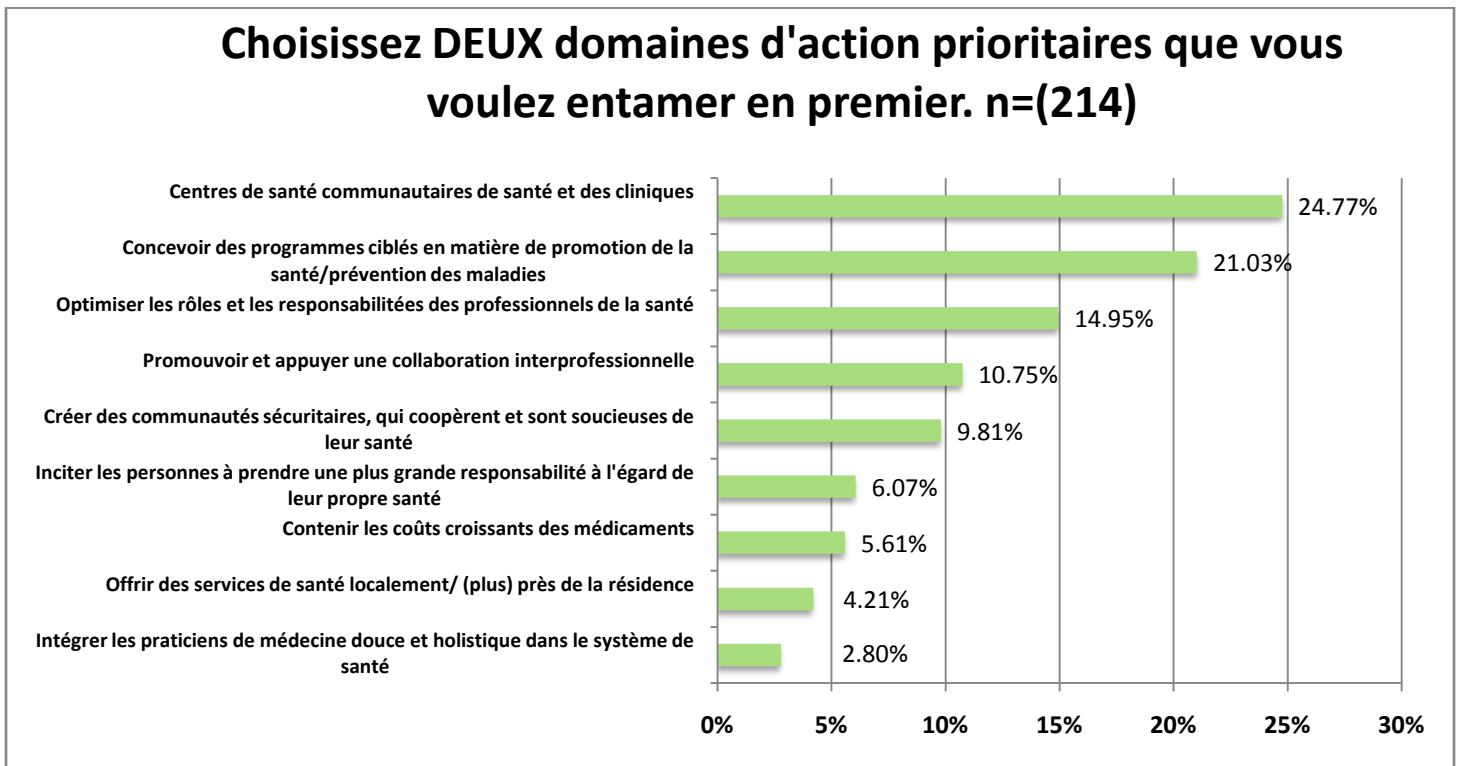
Les participants de la phase III ont débuté en explorant neuf domaines possibles d'action liés aux soins primaires. Ils ont commencé en identifiant quelles deux actions ils choisiraient d'entreprendre s'ils étaient ministre de la Santé d'un jour, puis ils ont partagé et discuté de ces choix au sein de leur groupe. Chaque groupe a alors discuté des avantages, des inconvénients et des compromis associés à leurs premiers choix, et ont partagé tout cela en séance plénière.

Après avoir entendu les arguments en faveur de chaque domaine d'action proposé, nous avons demandé aux participants de voter (à l'aide de clavier numérique) pour les deux actions liées aux soins primaires qu'ils choisiraient d'entreprendre en premier.

Comme l'indique la **figure 2**, « Faire des centres de santé communautaires et des cliniques les pièces maîtresses des soins primaires » et « Mettre au point des programmes ciblés de promotion de la santé/prévention des maladies » ont ressorti clairement comme étant les actions préférées, obtenant respectivement 25 % et 21 % des votes des participants. « Optimiser les rôles et responsabilités des professionnels de la santé » s'est classé troisième, avec 15 % des votes. Ce qui suit résume les raisons qu'ont fournies les participants pour expliquer la raison de leur choix de ces domaines particuliers d'action.¹ Chaque section débute par une description du domaine d'action, tel qu'il a été présenté sur la feuille de travail du participant qui a été utilisée au cours de cet exercice .

¹ **La distribution inégale de détails dans la section qui suit reflète le fait que les participants ont passé plus de temps à discuter ces éléments qui étaient d'une plus grande importance pour eux.**

Figure 2 : Les soins primaires - les domaines d'action prioritaires²



1.1 Faire des centres de santé communautaires et des cliniques les pièces maîtresses des soins primaires

Afin de réduire le fardeau des hôpitaux et en faciliter l'accessibilité, surtout dans les régions rurales, déménager le plus de programmes et de services de soins primaires vers les centres de santé communautaires et/ou les cliniques (par ex. les cliniques sans rendez-vous, les cliniques après les heures de bureau et les cliniques spécialisées, comme celles pour la gestion des maladies chroniques ou la santé des femmes/des mères).

Comme le font voir les résultats du vote obtenu à l'aide du clavier numérique, ainsi que les commentaires des participants tout au long des trois phases de ce projet, le modèle du centre de santé communautaire allié aux cliniques, y compris les cliniques mobiles, fonctionne bien et est très valorisé par les participants. Ils ont affirmé de façon répétée qu'ils croient que cette approche est hautement prometteuse en ce qui a trait à une accessibilité améliorée aux soins de santé.

² Bien que l'on ait demandé aux participants d'indiquer deux choix, il se peut que certain parmi eux aient préféré ne pas répondre ou faire un seul choix. En effet, même si 111 personnes ont participé à la session de dialogue de la phase III, il n'y a eu que 214 réponses à la question posée. La présente observation s'applique également aux résultats de la figure 26.

Les commentaires des participants sur le modèle du centre de santé communautaire suivent.

- **Rend possible un accès plus équitable aux soins.** En apportant des services aux citoyens dans leurs communautés, les centres de santé communautaires offrent un plus grand accès aux soins locaux de santé, ce qui a semblé particulièrement important en régions rurales où les citoyens doivent fréquemment se déplacer sur une bonne distance pour avoir accès aux services des grands centres. Au-delà de la question de la commodité, les participants estiment qu'il s'agit là d'une stratégie clé visant à assurer un accès plus équitable aux soins pour ceux qui n'ont pas de médecin de famille.
- **Maximise la flexibilité.** Les participants croient que les centres de santé communautaires sont plus aptes à offrir des services faits sur mesure pour les besoins spécifiques de la communauté et/ou qui ont des objectifs particuliers, comme des cliniques sur la prévention et l'éducation, la santé et le mieux-être et les maladies chroniques. Compte tenu de leur petite taille et de leur administration locale, ils estiment que les centres de santé communautaires peuvent disposer d'une plus grande flexibilité en ce qui a trait aux heures d'ouverture ainsi qu'à la manière et à l'endroit où sont offerts leurs services.
- **Rend possibles des soins plus individuels et personnalisés.** Les participants soulignent que la nature « locale » des centres de santé communautaires, ainsi que leur capacité à offrir des cliniques à vocation spécifique, signifie que le personnel médical et les patients peuvent établir une relation continue, ce qui en retour améliore la qualité des soins. Ceci comprend, par exemple, une détection précoce plus efficace et la gestion des maladies chroniques.
- **Est plus efficient et rentable.** Les participants estiment que les centres de santé communautaires peuvent jouer un rôle clé dans la diminution du fardeau du système de soins de santé en général et des hôpitaux en particulier, en libérant des lits d'hôpitaux, en décongestionnant et en réduisant les temps d'attente dans les salles d'urgence, et en déménageant les cliniques en dehors du cadre des hôpitaux (par ex. des cliniques sans rendez-vous, des cliniques sur le diabète, des services de physiothérapie). On cite d'autres exemples d'économies, comme l'occasion d'une meilleure tenue des dossiers (pratiques de consignation aux dossiers) et un meilleur usage des bénévoles locaux.

« Nous devons transférer plus de pouvoirs vers les centres de santé communautaires, de façon à ce qu'ils puissent répondre aux besoins de la communauté plutôt que d'offrir des services qui ne répondent pas aux besoins locaux. »

« Plus d'accessibilité aux centres de santé communautaires en régions rurales. Plus de cliniques mobiles, comme à l'époque des cliniques contre la tuberculose, des camions de transport pour l'imagerie par résonance magnétique. Éviter une utilisation excessive des hôpitaux. » (Traduit)

Participants à la phase III

- **Maximise la contribution des divers professionnels de la santé.** Les participants voient une grande valeur à la capacité des centres de santé communautaires à rassembler des équipes multidisciplinaires de santé qui permettent aux patients de profiter d'un large éventail de compétences et de services en un seul lieu. Ils estiment également que cela rend possible une approche plus coopérative, ce qui dégage en retour de plus grandes économies, par exemple si des infirmières accomplissent des actes qui sont traditionnellement réservés aux médecins (par ex. procéder à des tests diagnostiques), et permet un partage plus efficace de l'information parmi les membres de l'équipe de santé.
- **Place la santé et les soins de santé au cœur de la communauté.** Les participants estiment que les centres de santé communautaires sont l'une des institutions les plus importantes de la communauté et qu'ils peuvent créer une relation claire entre la communauté, le système de soins de santé et les patients individuels, particulièrement lorsque la communauté peut jouer un rôle actif dans la vie du centre de santé communautaire.

Quelques participants ont également exploré les inconvénients et les compromis potentiels associés à faire des centres de santé communautaires une priorité.

- **Les défis en matière de ressources humaines en santé.** Les participants reconnaissent qu'historiquement, il a été difficile de recruter et de fidéliser des professionnels qualifiés en soins de la santé (surtout des spécialistes) en régions rurales.
- **L'équilibre entre les investissements dans les centres de santé communautaires et les hôpitaux régionaux.** Les participants reconnaissent que des investissements plus importants dans les centres de santé communautaires peuvent exiger que l'on retire des ressources aux hôpitaux régionaux. Ils mettent en garde contre le dédoublement des services entre les deux types d'institutions afin de ne pas compromettre la qualité des services offerts par les hôpitaux. Ils soulignent également que la fermeture d'un hôpital régional peut avoir des effets négatifs sur la communauté locale et la région : « *La communauté pourrait ne pas percevoir la transition d'un hôpital vers un centre comme étant une chose positive.* »
- **Les risques par rapport au continuum de soins.** Alors que les participants valorisent hautement les centres de santé communautaires et les cliniques comme une façon d'améliorer l'accès aux soins, ils notent que cela ne diminue en rien le besoin de s'assurer que les patients soient suivis de façon adéquate par le(s) même(s) professionnel(s) de la santé au fil du temps. Comme le dit un participant : « *Il n'y a pas de continuum de soins, si vous ne rencontrez pas le même professionnel de la santé à chaque visite.* »

1.2 Concevoir des programmes ciblés en matière de promotion de la santé/prévention des maladies

Promouvoir le mieux-être et les habitudes de vie saines (par ex. bonne alimentation, exercice, santé mentale, pratiques sexuelles sans risque, réduction de la dépendance aux drogues et à l'alcool); investir dans l'éducation précoce, l'évaluation et l'intervention auprès des enfants et des jeunes; et créer des stratégies de promotion de la santé sur les lieux de travail (par ex. crédit d'impôt pour les employeurs qui offrent des programmes viables de mieux-être au travail).

Les participants croient fermement qu'un changement de mentalité est nécessaire pour détourner le système de santé de son approche curative et le recentrer sur une approche préventive, des soins aux malades vers des soins de santé. Investir maintenant dans la promotion de la santé et des interventions précoces, disent-ils, préviendra la hausse des coûts (en argent, en temps, en douleurs et en souffrances) et diminuera la pression sur le système de santé à long terme.

« Une once de prévention équivaut à une livre de soins. » (Traduit)

« Nous sommes nos propres fournisseurs de soins de santé primaires. » (Traduit)

« Changement de mentalité : penser à comment je peux être bien au lieu de comment je peux éviter d'être malade. » (Traduit)

Participants à la phase III

Ils croient également fortement que la prévention n'est pas du ressort exclusif du système de santé, affirmant que « *la promotion de la santé peut se produire n'importe où, n'importe quand* » (à l'école, au travail, grâce à des programmes publics de santé, etc.).

Les participants soulignent que les citoyens doivent assumer une responsabilité personnelle à l'égard de leur propre santé. Ils estiment à cet égard que l'éducation est primordiale. Ils n'ont cessé de revenir en particulier sur l'importance de l'éducation des enfants et des jeunes en matière de santé, de mieux-être et de condition physique grâce au système d'éducation et sur l'encouragement de saines habitudes de vie dans les écoles (par ex. encourager une consommation suffisante d'eau, offrir plus d'heures d'éducation physique, éliminer la malbouffe). Ils notent aussi qu'alors que les parents doivent donner le bon exemple à leurs enfants, les enfants qui apprennent de bonnes habitudes de vie à l'école peuvent influencer leurs parents de façon positive à leur tour. Enfin, quelques participants préviennent qu'il est également important d'investir dans une éducation en santé des adultes et des personnes âgées, compte tenu du vieillissement de la population de la province.

Les participants reconnaissent également des inconvénients associés à la promotion de la santé : les défis liés à la mesure du rendement sur les investissements en promotion/prévention (« *les avantages se font sentir à long terme, alors que les coûts sont immédiats* ») et la difficulté à joindre les populations les plus vulnérables et à risque élevé

(par ex. les sans-abris et les personnes âgées). Un groupe met enfin en garde contre la conception de nouveaux programmes de promotion et prévention et suggère que les efforts soient plutôt dirigés directement sur le renforcement des projets qui sont déjà en place.

1.3 Optimiser les rôles et responsabilités des professionnels de la santé

S'assurer que les médecins concentrent leurs efforts sur le diagnostic et le traitement des maladies; accroître le rôle des infirmiers/infirmières praticien(ne)s et des pharmaciens afin d'alléger la pression sur les médecins et leur permettre de consacrer plus de temps à leurs patients; et s'efforcer davantage d'intégrer les autres professionnels de la santé (par ex. les diététistes et les ambulanciers paramédicaux) dans des équipes multidisciplinaires de santé.

Les participants notent que le système de soins de santé dépend dans une grande mesure des médecins, trop même, selon certains. Ils soulignent que ce ne sont pas tous les états de santé qui requièrent une consultation auprès d'un médecin et que reconnaître cela devrait permettre au système de santé de faire un meilleur usage des ressources humaines en santé disponibles.

Les participants mentionnent en particulier l'accroissement des rôles et responsabilités des spécialistes, du personnel infirmier, des pharmaciens, des sages femmes et des naturopathes. Alors que les participants reconnaissent que les médecins sont la pierre angulaire du système de santé, certains estiment également que les médecins détiennent trop de pouvoir (sur les patients et sur le système de santé), et qu'ils doivent mieux collaborer avec et appuyer les autres professionnels de la santé.

« Nous devons nous assurer que le bon patient reçoive le bon traitement, au bon moment et au bon endroit par le bon professionnel de la santé. » (Traduit)

Participant à la phase III

Quelques participants soulignent aussi qu'afin que les professionnels de la santé performant bien, ils doivent être en santé et avoir de bonnes conditions de travail. Un participant, qui s'est identifié comme « *quelqu'un qui a travaillé dans le système trop longtemps* » demande : « *Est-ce que les professionnels de la santé ont des évaluations régulières afin de vérifier comment ils font face au système de santé et s'ils peuvent composer avec le stress de ce système?* »

Ultimement, les participants affirment que le but doit être d'améliorer l'accessibilité, de faire un meilleur usage des ressources et de s'assurer que chaque professionnel de la santé exploite son plein potentiel afin d'appuyer le patient et le reste de l'équipe médicale.

1.4 Promouvoir et appuyer la collaboration interprofessionnelle

Afin de réduire le dédoublement des efforts et d'assurer un meilleur continuum de soins, il faut investir dans des équipes multidisciplinaires bien intégrées qui seraient, idéalement, logées en commun et auraient accès aux outils dont elles ont besoin pour travailler ensemble (par ex. Dossier médical électronique, Un patient, un dossier). Il faut s'assurer que les règles de respect de la vie privée n'interfèrent pas dans la capacité d'offrir aux patients des services en temps opportun.

Les participants estiment que l'approche aux soins en équipe est à la fois plus efficace et plus efficiente. Ils pensent que, si la collaboration est organisée et appuyée adéquatement, elle devrait se traduire en une équipe de professionnels offrant des soins de plus grande qualité que s'ils opéraient individuellement. De façon plus spécifique, ils estiment que la collaboration interprofessionnelle peut atteindre plusieurs objectifs.

« Une équipe multidisciplinaire peut adopter une approche axée sur le "mieux-être" plutôt que sur la "maladie". » (Traduit)

Participant à la phase III

- **Favoriser l'optimisation du rôle et des responsabilités de chaque professionnel de la santé.** Les participants suggèrent que dans une équipe multidisciplinaire bien intégrée, chaque professionnel de la santé peut donner sa pleine mesure et ainsi alléger le fardeau sur les autres membres de l'équipe, tout en s'assurant que le patient reçoive les meilleurs soins possibles.
- **Améliorer l'expérience de soins du patient.** Les participants soulignent que la collaboration interprofessionnelle (par ex. les médecins qui communiquent avec les spécialistes) et une approche aux soins en équipe (par ex. un seul point d'accès à une équipe multidisciplinaire) peut se traduire par un accès plus rapide et une prestation continue de services, et par moins de pression sur les patients. Ils croient également que cela offre de plus grandes chances de diagnostics précis, de traitements plus efficaces de maladies sérieuses et une plus grande capacité à traiter le patient dans son ensemble plutôt que comme une suite de symptômes individuels.
- **Aider à abolir les obstacles entre les groupes professionnels.** Les participants estiment que la collaboration interprofessionnelle est nécessaire à l'abolition des frontières territoriales entre les services. Ils suggèrent cependant que cela fasse l'objet d'une obligation. Comme le note un participant : « [Il y a] des enjeux territoriaux : ce ne sont pas tous les professionnels qui accueillent favorablement le travail interdisciplinaire ou qui ont été formés pour travailler dans des environnements basés sur des équipes. »

Les participants notent également que le projet *Un patient, un dossier* est un élément clé essentiel à une collaboration interprofessionnelle efficace. Ils soulignent que la mise en application du projet *Un patient, un dossier* aiderait à réduire le dédoublement ruineux

(par ex. des dossiers, des tableaux ou des tests), simplifierait les visites chez le médecin et améliorerait la coordination des traitements. Ils ont enfin trouvé l'avantage à retrouver sur une seule carte électronique toute l'information sur la santé d'une personne.

Cependant, les participants soulignent les obstacles potentiels à l'efficacité de la stratégie **Un patient, un dossier**, à savoir le défi de normalisation dans toute la province et le fait de devoir surmonter la résistance au changement de la part des professionnels de la santé. Quelques participants mettent également en garde contre les enjeux liés à la vie privée qui devraient être traités et gérés avec soin.

1.5 Créer des communautés sécuritaires, qui coopèrent et sont soucieuses de leur santé

Plus de projets communautaires axés sur le mieux-être, comme des programmes et des ressources visant à encourager la population à être plus active (espaces verts, pistes cyclables); traiter les questions liées à un environnement dommageable (par ex. utilisation de pesticides et autres produits chimiques nocifs); et prendre en considération les besoins en santé uniques de ceux qui font face à des défis uniques (par ex. les sans-abris, les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie).

Les participants croient que pour obtenir un optimum au niveau de la santé de la population et du mieux-être, il faut que les communautés s'impliquent de façon active, qu'il s'agisse de donner accès à des espaces verts ou d'offrir un éventail de services sociaux. Ils soulignent l'importance de comprendre les besoins et les forces de chaque communauté, dans le but de traiter leurs besoins et de construire sur leurs forces. Cela implique qu'il faut reconnaître les besoins uniques en santé de ceux qui font face à des défis uniques, comme les personnes qui souffrent de maladie mentale ou de toxicomanie et les sans-abris.

De façon plus générale, quelques participants notent que le but de créer des communautés sécuritaires, qui coopèrent et soucieuses de leur santé exige de traiter les déterminants sociaux de la santé, comme l'accès à un emploi et les conditions de travail, l'éducation et le logement.

« La santé, l'éducation, le logement social, les transports : tout doit être sur la table afin de créer des communautés qui soient bien physiquement et mentalement. Une situation socioéconomique peut dicter le bien-être physique et mental d'une personne. En investissant dans le logement et une alimentation saine pour [les malades chroniques et les moins bien nantis], on économisera à long terme. » (Traduit)

Participant à la phase III

Un participant donne un exemple concret de mesures de bien-être communautaires tiré d'une communauté de la Colombie-Britannique aux prises avec un problème de taux élevé d'obésité : *« Tous ceux qui le voulaient étaient encouragés à préparer et à partager des repas ensemble au centre communautaire. Résultats : perte de poids, repas sains. Les participants ont appris que [cela] les faisait se sentir mieux. Les enfants ont appris ce qu'ils devaient manger. »*

1.6 Inciter les individus à assumer une plus grande responsabilité à l'égard de leur propre santé, à faire des choix de vie plus sains

Créer des moyens de dissuasion (taxes, réglementations) à l'égard de choix de vie malsains (malbouffe, tabagisme); fournir un bilan de santé annuel « fiche d'état de santé »; et donner plus d'information sur les vrais coûts des soins de santé.

Les participants font écho à plusieurs idées exprimées au cours de la phase II, en ce qui a trait à des mesures incitatives envers des choix et des habitudes de vie plus sains de la part des Néo-Brunswickois en soulignant l'importance d'adopter « *une approche de mieux-être, en aidant les gens à faire des choix de vie plus sains (et à les rendre financièrement viables).* »

Cependant, ils mettent en garde le gouvernement quant à sa responsabilité à freiner le pouvoir et l'influence de ces industries qui font la promotion de choix de vie malsains.

Comme le suggère un participant, « *Ne taxez pas l'individu pour ses choix de vie malsains, taxez les entreprises qui vendent ces choix de vie malsains. (Rendez ces entreprises moins rentables!)* »

« Les grandes entreprises dépensent des milliards à commercialiser des choix de vie malsains. Le gouvernement et les fournisseurs de soins de santé doivent envisager une manière de concurrencer les grandes entreprises. Est-ce que les outils qui incitent les gens à faire des choix de vie malsains peuvent aussi être utilisés pour attirer les gens à adopter des choix de vie sains? Et comment? »
(Traduit) Participant à la phase III

D'autres suggèrent encore que les épiceries devraient être mandatées afin de diminuer la visibilité de la malbouffe sur leurs tablettes : « *Magasins : Placez les aliments sains en premier et placez les croustilles à l'arrière!* »

1.7 Contrôler les coûts croissants des médicaments

Encourager les médecins à être plus judicieux dans la prescription de médicaments (et la demande de tests) qui coûtent chers au système et aux patients. S'assurer que les coûts ne constituent pas un obstacle à l'accès aux médicaments lorsque les médicaments sont nécessaires (par ex. couverture des médicaments onéreux). Limiter l'influence des compagnies pharmaceutiques sur les médecins et les ordonnances. Encourager un plus grand usage de médicaments génériques. Rechercher également des alternatives aux thérapies basées sur les médicaments, si d'autres options sont disponibles, et financer des interventions préventives (par ex. aides à l'abandon du tabagisme).

Comme nous l'avons souligné lors de la phase II, les participants croient fermement que les compagnies pharmaceutiques devraient moins s'impliquer dans le système de soins de santé et détenir moins d'influence sur/entretenir moins de relations directes avec les médecins. Ils estiment également que dans la mesure du possible, les médicaments génériques devraient être prescrits plutôt que de promouvoir des marques dispendieuses, et que les économies de coûts devraient être transmises aux consommateurs.

« Pourquoi les médecins nous donnent-ils une ordonnance pour un mois au lieu de trois, lorsque vous prenez le médicament à long terme d'année? »

Participant à la phase III

Quelques participants questionnent aussi le besoin de visites répétées chez le médecin pour renouveler des ordonnances régulières, en suggérant qu'on pourrait prescrire des ordonnances sur une plus longue période de temps ou prévoir des modes de renouvellement plus flexibles (par ex. par le pharmacien).

Enfin, les participants expriment leur inquiétude à l'égard des personnes qui ne disposent pas d'une assurance-maladie privée et qui ne peuvent se permettre d'acheter les médicaments d'ordonnance dont elles ont besoin.

1.8 Faire un usage maximal (et innovateur) de toute infrastructure qui permettrait la prestation de services de soins primaires localement/(plus) près de la résidence

Loger les centres de santé communautaires dans les écoles; offrir des programmes de prévention/promotion dans les écoles et sur les lieux de travail et faire plus grand usage des pharmaciens et des pharmacies de la communauté.

Les participants estiment que cette option est liée de près à la première, « Faire des centres de santé communautaires et des cliniques les pièces maîtresses des soins primaires ». À nouveau, ils considèrent que cela est une occasion d'améliorer l'accessibilité et l'efficacité.

« L'infrastructure est déjà en place... Nous devons l'utiliser à son plein potentiel. »

Participant à la phase III

L'idée de localiser les centres de santé communautaires dans des édifices de la communauté (bureau en commun), comme les écoles (ou les édifices gouvernementaux), est particulièrement inspirant pour les participants qui estiment que cela aiderait à accroître la sensibilisation aux services, ainsi que leur utilisation, en plus de faciliter une concentration en matière de prévention et d'éducation.

1.9 Intégrer les praticiens de médecine douce ou holistique au système de santé

Chiropraticiens, naturopathes, massothérapeutes, etc.

De nombreux participants appuient les praticiens holistiques comme les naturopathes, les massothérapeutes et les ostéopathes en soulignant que leur pratique est issue d'une longue tradition et d'une sagesse de pratiques de rétablissement. Ils estiment également que les remèdes holistiques peuvent être une alternative légitime aux traitements à base de médicaments, soulignant par exemple les bénéfices pour la santé des vitamines et des huiles de poissons (sans que les deux ne soient taxés, afin d'en faciliter l'accessibilité).

Ils croient aussi que plusieurs pratiques holistiques s'appuient fortement sur la prévention et comme tel, pourraient s'avérer plus économiques à long terme (au moins un participant a souligné que toute décision allant dans ce sens devrait être fondée sur des preuves. Quelques participants reconnaissent

« Les grandes entreprises dépensent des milliards à commercialiser des choix de vie malsains. Le gouvernement et les fournisseurs de soins de santé doivent envisager une manière de concurrencer les grandes entreprises. Est-ce que les outils qui incitent les gens à faire des choix de vie malsains peuvent aussi être utilisés pour attirer les gens à adopter des choix de vie sains? Et comment? »
(Traduit)

pendant les tensions qui existent souvent entre les approches holistiques et la médecine traditionnelle, notant que « *les médecins n'appuient pas souvent ce genre de pratique ou de recherche.* »