Les soins de santé au Canada 2009

revue de la dernière décennie

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120

www.icis.ca

ISBN 978-1-55465-633-2 PDF

© 2009 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada 2009 : revue de la dernière décennie*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

This publication is also available in English under the title *Health Care in Canada 2009: A Decade in Review*.

ISBN 978-1-55465-631-8 PDF

Les soins de santé au Canada 2009 : revue de la dernière décennie

Table des matières

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé 7

Remerciements 8

À propos du présent rapport 9

Faits saillants du rapport 10

Introduction 13

Chapitre 1 Quelles forces ont façonné les soins de santé au Canada? 17

Chapitre 2 La santé des Canadiens — les soins de santé et les approches stratégiques 33

Chapitre 3 Dépenses : montant, objet et bilan 47

Chapitre 4 L'accès aux soins : un sujet complexe 65

Chapitre 5 Qualité, sécurité et résultats — dix ans de progrès 85

Chapitre 6 À l'avant-garde de l'information sur la santé 101

Conclusion : perspectives 111

Index 114

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

L'**Institut canadien d'information sur la santé** (ICIS) recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada. Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS rassemble et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez notre site Web au www.icis.ca.

Depuis septembre 2009, le Conseil d'administration de l'ICIS est composé des personnes suivantes :

M. Graham W .S. Scott, C.M., c. r.
Président du Conseil, ICIS; président, Graham Scott Strategies Inc.

Mme Anne McFarlane (d'office)
Présidente-directrice générale intérimaire, ICIS

Dr Peter Barrett
Médecin et professeur, University of Saskatchewan Medical School

Dr Luc Boileau
Président-directeur général, Institut national de santé publique du Québec

Dre Karen Dodds
Sous-ministre adjointe, Santé Canada

Dr Chris Eagle
Premier vice-président, Amélioration de la qualité et des services, Alberta Health Services

M. Kevin Empey
Chef de la direction, Lakeridge Health Corporation

M. Donald Ferguson
Sous-ministre de la Santé, gouvernement du Nouveau-Brunswick

Dr Vivek Goel
Président et chef de la direction, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé

Mme Alice Kennedy
Chef des opérations, Soins de longue durée, Eastern Health, Terre-Neuve-et-Labrador

M. Denis Lalumière
Sous-ministre adjoint, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Dr Cordell Neudorf
Président, Conseil de l'initiative sur la santé de la population canadienne; médecin hygiéniste en chef, Saskatoon Health Region

Dr Brian Postl
Vice-président du Conseil, ICIS
Président-directeur général, Office régional de la santé de Winnipeg

M. Ron Sapsford
Sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

M. Munir Sheikh
Statisticien en chef du Canada, Statistique Canada

M. Howard Waldner
Président-directeur général, Vancouver Island Health Authority

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les nombreuses personnes et organisations qui ont contribué à la réalisation du présent rapport.

M. Steven Lewis a grandement participé à l'élaboration de la vision et au processus de réflexion ayant guidé la rédaction du rapport. Il en a également été le principal auteur.

Le rapport *Les soins de santé au Canada 2009* est le fruit du travail des nombreux membres du personnel de l'ICIS et d'employés contractuels qui ont compilé et validé les données et offert généreusement un appui constant à l'équipe principale.

L'équipe principale responsable de l'élaboration du rapport se compose des personnes suivantes :

Janine Arkinson, analyste

Jean-Marie Berthelot, vice-président

Xi-Kuan Chen, analyste principal

Alice De Wolff, professionnelle de la recherche qualitative

Alexey Dudevich, analyste

Colleen Dwyer, analyste

Lise Gagnon, gestionnaire de projet

Hui Jia, analyste

Kira Leeb, directrice

Steven Lewis, auteur principal

Megan Mueller, rédactrice

Pauline O'Connor, gestionnaire

Michelle Parker, coordonnatrice

Joan Porter, chef de section

Le rapport *Les soins de santé au Canada 2009* appuie le mandat de l'ICIS, qui consiste à fournir des données et des analyses essentielles sur le système de santé au Canada et sur la santé des Canadiens, deux éléments essentiels pour la prise de décisions éclairées.

À propos du présent rapport

Le rapport *Les soins de santé au Canada 2009* est la 10e édition d'une série de rapports annuels sur le système de santé et la santé des Canadiens. Cette édition offre une perspective des changements survenus dans le système de santé depuis la production du tout premier rapport il y a dix ans.

Comme les rapports précédents, celui-ci repose sur de l'information et des données provenant de l'ICIS et de sources externes. Il offre une rétrospective de bon nombre de priorités en matière de soins de santé, telles que l'accès, les coûts et la qualité des soins, et de la main-d'œuvre de la santé, et la façon dont ces éléments ont changé depuis 1998-1999. Cette rétrospective comprend, dans la mesure du possible, les données et les tendances des dix dernières années. Dans certains cas, cependant, nous avons pris en considération les tendances sur une plus courte durée, car nous ne disposions pas d'assez de données, ni de données comparables.

Le rapport jette également un regard vers l'avenir. À la fin de chaque chapitre, nous abordons les problèmes qui pourraient se présenter au sein du système de santé dans les années et les décennies à venir.

Tous les commentaires sur le présent rapport sont les bienvenus. L'ICIS aimerait également savoir comment les prochains rapports pourraient répondre à vos besoins en matière d'information. Nous vous invitons à transmettre vos commentaires par courriel à l'adresse rapportsante@icis.ca.

Pour obtenir de plus amples renseignements

Veuillez consulter le site Web de l'ICIS (www.icis.ca) pour obtenir de l'information visuelle plus détaillée, des exemples fouillés et des renseignements plus précis sur tout domaine d'intérêt ou toute recherche portant sur les soins de santé au Canada.

Les points saillants et le texte intégral du rapport *Les soins de santé au Canada 2009* sont disponibles gratuitement, en français et en anglais, sur le site Web de l'ICIS.

Pour commander des exemplaires du rapport, veuillez communiquer avec :

Bureau des commandes

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120

Des frais d'impression, d'envoi et de manutention seront exigés.

Faits saillants du rapport

Quelles forces ont façonné les soins de santé au Canada?

- À la fin des années 1990, les gouvernements commençaient tout juste à réinvestir dans les soins de santé après la période de restrictions sans précédent du milieu de la décennie.
- L'accès aux soins est devenu un point d'intérêt. En 2003 et 2004, la réduction des temps d'attente dans cinq secteurs prioritaires a occupé une place de choix dans les accords sur la santé signés par les premiers ministres, bénéficiant d'un investissement du gouvernement fédéral de 5,5 milliards de dollars.
- Les tendances observées dans le développement technologique des dix dernières années comprennent l'adoption de chirurgies moins effractives, l'utilisation accrue de l'imagerie diagnostique ainsi que l'introduction et l'utilisation de biothérapies et de pharmacothérapies personnalisées.
- On assiste à des changements significatifs dans l'utilisation des produits et services. Le nombre de prescriptions de médicaments cardiovasculaires a augmenté, passant de 32 millions en 1998 à 71 millions en 2008; les taux normalisés selon l'âge des arthroplasties de la hanche et du genou ont respectivement augmenté de 24 % et de 83 % entre 1998-1999 et 2007-2008.

La santé des Canadiens — les soins de santé et les approches stratégiques

- L'espérance de vie des Canadiens a continué d'augmenter pour passer de 78 ans en 1996 à 81 ans en 2006.
- Au cours des dix dernières années, les facteurs de risque comme l'obésité, le diabète et l'hypertension se sont accrus; les conséquences de cette augmentation sur la santé des Canadiens se feront sans doute sentir au cours des prochaines années.
- Les taux de crise cardiaque et de décès des suites d'une crise cardiaque ont baissé au cours des dernières années. Les soins cardiaques et ceux liés aux accidents vasculaires cérébraux (AVC) offerts au Canada sont plus efficaces et sont fournis plus rapidement qu'il y a cinq ans.
- De nombreuses initiatives ont été mises en œuvre pour promouvoir la santé de la population. Par exemple, des lois fédérales et provinciales interdisent maintenant de fumer dans presque tous les milieux de travail, et bon nombre de municipalités proscrivent l'usage du tabac dans les lieux publics. Ces initiatives ont comme résultat notable, entre autres, la réduction continue du taux de tabagisme, particulièrement chez les adolescents.

Dépenses : montant, objet et bilan

- En 2008, 172 milliards de dollars ont été dépensés en soins de santé, c'est-à-dire près de 60 % de plus qu'il y a dix ans.
- Les gouvernements ont investi dans la formation d'un plus grand nombre de professionnels de la santé. En dix ans, la cohorte des étudiants de première année en médecine a augmenté d'environ 68 % et celle des étudiants en sciences infirmières, de 51 %.
- Les dépenses en médicaments connaissent la croissance la plus rapide dans le secteur des soins de santé : elles ont augmenté d'environ 136 % depuis 1998.

L'accès aux soins : un sujet complexe

- Au Canada, le nombre de médecins de famille est passé de 95 à 98 par 100 000 habitants de 2001 à 2007, alors que la proportion de Canadiens ayant un médecin de famille a diminué, passant de 88 % à 85 %. Le nombre de médecins et le pourcentage de Canadiens ayant un médecin de famille présentent encore une importante variation à l'échelle des provinces et territoires.
- De nombreuses stratégies visant à mieux mesurer et gérer les temps d'attente ont été mises en place au cours des dix dernières années. Dans les provinces et les territoires où les tendances peuvent être calculées, les temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche et du genou ou encore pour une chirurgie de la cataracte ont diminué ces dernières années.
- Des points de référence pour les temps d'attente ont été établis pour des domaines prioritaires, entre autres, la chirurgie cardiaque et la radiothérapie contre le cancer. Les sept provinces qui déclarent des données sur les temps d'attente ont respecté le point de référence de 182 jours dans au moins 90 % des cas de pontage aortocoronarien en 2007-2008. Dans ces mêmes provinces, au moins 80 % des patients cancéreux ont reçu une radiothérapie à l'intérieur de la période de référence de 28 jours.

Qualité, sécurité et résultats — une décennie de progrès

- Selon les estimations de la Canadian Adverse Events Study (étude canadienne sur les effets indésirables) de 2004, 70 000 événements indésirables évitables surviennent annuellement dans les hôpitaux, entraînant de 9 250 à 23 750 décès.
- La qualité et la sécurité sont devenues, comme l'accès et le financement, des sujets dominant les discussions sur les soins de santé au cours des dix dernières années. Plusieurs provinces et territoires ont réagi en créant des conseils de la qualité des soins de santé ou de la sécurité des patients.
- Bon nombre d'initiatives ont été mises en œuvre pour améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins. À l'échelle nationale, la campagne Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! a produit des résultats exceptionnels. Les hôpitaux participant à cette campagne ont été en mesure, entre autres réalisations, de réduire de 50 % les taux de pneumonie survenant chez les patients ventilés et d'infections sanguines liées au cathéter central.

À l'avant-garde de l'information sur la santé

- Nous avons accompli des progrès quant à notre capacité de répondre à d'importantes questions sur les soins de santé à l'aide des données dont nous disposons. Par exemple, les ratios normalisés de mortalité hospitalière, un indicateur d'envergure de la qualité des soins, sont publiés à l'échelle des hôpitaux. Il reste toutefois beaucoup à faire, car nous disposons de peu de données systématiques et d'information sur les résultats pour la santé obtenus par suite des soins prodigués.
- Depuis les dix dernières années, l'information est devenue beaucoup plus décentralisée et démocratisée en raison des percées technologiques que représentent la numérisation et Internet. Des inégalités en matière de pouvoir ont ainsi pu être corrigées, ce qui a ouvert la porte à un partenariat éventuellement plus engagé entre dispensateurs de soins et patients.

Introduction

Cette année, l'ICIS fête ses 15 ans, tandis que sa publication-vedette annuelle, *Les soins de santé au Canada*, en est à sa dixième année. Les anniversaires sont des occasions de célébrer, et lorsque le cap d'une décennie est franchi, il est courant de procéder à un bilan commémoratif. C'est le temps de fêter, de réfléchir, de faire une rétrospection et de se tourner vers l'avenir.

Le secteur des soins de santé est vaste; il existe un nombre infini de possibilités de préparer un rapport sur les soins de santé au Canada afin de passer en revue les événements de la dernière décennie. Il nous fallait trouver une méthode compatible avec des contraintes incontournables, par exemple :

- l'obligation d'être concis;
- le manque de données dans certains domaines;
- la nécessité de ne pas répéter le travail déjà bien exécuté par d'autres;
- l'importance de distinguer entre ce qui est essentiel et ce qui est simplement intéressant ou valable.

Nous accordons une attention particulière à la production d'un ouvrage utile. Si les principaux actifs de l'ICIS sont ses *bases de données*, sa principale mission demeure l'*information*. Pour informer, il faut avoir recours à un fil narratif ou, dans le cas présent, à une série de fils narratifs. Ensemble, les fils narratifs de ce rapport se rejoignent pour présenter une trame cohérente des soins de santé au Canada au cours des dix dernières années.

Il s'agit d'une mission de taille puisqu'il existe un nombre incalculable de récits portant sur les soins de santé et que le rapport *Les soins de santé au Canada* ne se veut pas une encyclopédie, le produit d'une commission royale d'enquête ou un répertoire en plusieurs volumes. Alors, comment un rapport peut-il, en quelques dizaines de pages, dépeindre avec précision et objectivité les tendances et les événements importants qui ont marqué les soins de santé au cours de la dernière décennie? Quel est le degré de précision et d'analyse nécessaire pour faire la lumière sur le sujet? Quels faits devons-nous exposer, et comment justifier la sélection et l'inclusion de certains faits plutôt que d'autres?

Afin d'avancer, nous avons dû prendre du recul et concevoir un processus de filtrage. Dans le domaine des soins de santé, la perception des faits varie selon la perspective adoptée : chaque point de vue donne une vision partielle et unique de la situation. Certains s'intéressent à un point de vue précis, tandis que d'autres préfèrent avoir une vue d'ensemble. Dans le présent rapport, nous avons cherché à présenter les deux approches.

Nous avons commencé par nous poser deux questions fondamentales :

- Que devraient savoir les lecteurs pour acquérir une compréhension approfondie et équilibrée du domaine des soins de santé au cours de la dernière décennie?
- Quels éléments devons-nous rassembler pour dresser un portrait complet?

Nous avons dégagé les éléments suivants d'une longue liste de possibilités, car ils nous ont semblé être d'une importance primordiale :

L'orientation des politiques

Quelles sont les grandes politiques et priorités qui ont façonné le paysage des soins de santé? Comment les gouvernements ont-ils défini leurs principales aspirations? Quelles grandes orientations les gouvernements ont-ils déterminées, et comment ont-ils organisé et réorganisé le système?

L'innovation

Quelles sont les nouvelles capacités dans le domaine des soins de santé? Que pouvons-nous faire en 2009 que nous ne pouvions pas en 1999? Quelles interventions se sont simplifiées, et lesquelles se sont complexifiées? Quelles ont été les percées diagnostiques et thérapeutiques, et comment ces progrès influent-ils sur la prestation des services et les résultats?

Le lien entre la santé et les soins de santé

Comment l'état de santé des Canadiens a-t-il évolué au cours de la décennie? Quels groupes sont les plus en santé et lesquels sont à la traîne? Comment les soins de santé ont-ils pu répondre aux besoins anciens et nouveaux, et quels sont les résultats obtenus à cet égard? Quelles nouvelles connaissances ont permis de modifier notre compréhension des faits, et comment ces connaissances ont-elles influé sur la prestation des services de santé?

L'argent

Combien avons-nous dépensé, où cet argent a-t-il été investi et qu'a-t-il permis d'accomplir? Quelles dépenses ont augmenté plus rapidement? Quel a été l'effet de l'argent sur les capacités des ressources humaines de la santé, les emplois, la technologie et les unités de services fournis? Dans quelle mesure les dépenses reflètent-elles les priorités énoncées par les gouvernements?

L'accès

Comment la relation entre l'accès, la capacité et le besoin a-t-elle évolué au cours de ces dix années? Comment les temps d'attente pour les consultations, les diagnostics et les traitements ont-ils changé? Quelles interventions pratiquons-nous le plus fréquemment? Lesquelles pratiquons-nous le moins fréquemment? Est-ce que l'augmentation des effectifs a permis de réduire les temps d'attente ou d'accroître le bassin de patients pouvant faire l'objet d'une intervention, ou les deux à la fois?

La qualité et la sécurité

Comment la qualité des soins a-t-elle évolué au cours de la dernière décennie? Qu'est-ce qui a motivé le mouvement d'amélioration de la qualité, et quels mécanismes d'amélioration de la qualité ont fait leur apparition? Quels instruments ont été conçus pour accélérer l'amélioration de la qualité et que nous réserve l'avenir sur ce plan?

L'information sur la santé

De quelle information sur la santé disposions-nous au début de la décennie et qu'en est-il maintenant? Dans quelle mesure cette information est-elle actualisée et utile? Plus précisément, comment les gens utilisent-ils l'information dans le système, et l'utilisation qu'ils font de l'information a-t-elle changé?

Le futur

Sur le plan des soins de santé, que nous réserve la prochaine décennie en matière de technologie, de qualité et d'accès? Quel sera le portrait des soins de santé primaires?

Certaines de ces questions touchent à de nombreux champs d'intérêt, alors que d'autres portent sur des sujets d'étude précis et relativement restreints. Avons-nous réussi à choisir des sujets pertinents et à organiser l'information de manière adéquate? Si les différentes parties se conjuguent pour créer une trame concise et cohérente des soins de santé au Canada au cours de la dernière décennie, alors nos efforts auront porté fruit.

Une remarque à propos de la période de référence : dans un monde idéal, nous devrions produire un rapport en nous fondant sur des données exhaustives de 1999 à 2009. Cependant, nous n'en sommes pas encore là, car l'information n'est pas toujours disponible. Nous avons donc dû nous contenter des données actuellement disponibles. Dans certains cas, les séries de données disponibles aux fins d'analyse se terminent en 2008. Le plus souvent, elles se terminent en 2007. Dans d'autres cas, elles se terminent plus tôt. Certaines séries de données débutent dans le siècle actuel, ce qui signifie que leur portée rétrospective couvre moins d'une décennie. Or, il est parfois nécessaire de remonter à plus d'une décennie afin de pouvoir tirer des conclusions. Pour normaliser la période de référence, il nous aurait fallu choisir le dénominateur commun, à savoir la plus petite plage de données universellement disponible, et éliminer des parties importantes de ces données historiques. Tout compte fait, nous avons décidé que l'utilisation d'une interprétation flexible de la décennie serait plus bénéfique pour les lecteurs et nous permettrait de procéder à un examen plus approfondi.

Enfin, nous nous sommes tournés vers l'avenir. Même si l'histoire des soins de santé peut être captivante en elle-même, nous avons présumé que les lecteurs souhaiteraient aussi savoir comment elle pourrait être source de progrès futurs. La majorité des chapitres du rapport se terminent par une section décrivant les enjeux se pointant à l'horizon. Le but de cette section n'est pas tant de prédire l'avenir que de stimuler la discussion et le débat. Nous ne saurions prédire l'enjeu le plus important que le système devra affronter au cours des dix prochaines années. Après tout, une décennie représente une éternité dans le domaine des soins de santé. Toutefois, nous pouvons avancer deux prédictions. Premièrement, le paysage de 2019 ressemblera à celui d'aujourd'hui sur certains plans et en différera énormément sur d'autres. Le changement est inévitable. Deuxièmement, notre soif d'information fera grandement progresser nos connaissances. Nous espérons que le présent rapport, qui porte sur une période de dix ans, servira d'assise solide aux futurs rapports afin de continuer de faire progresser la connaissance et la compréhension des soins de santé dans ce pays.

Faits saillants de **l'élaboration des politiques**

Forces

2000

- Communiqué sur la santé pour la réunion des premiers ministres

2001

- *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*, Saskatchewan Commission on Medicare, Kenneth Fyke, commissaire
- Examen du système de santé au Québec (Commission Clair)
- *A Framework for Reform: Report of the [Alberta] Premier's Advisory Council on Health*, Don Mazankowski, président

2002

- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow)
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie — étude sur le système de soins de santé au Canada, Michael Kirby, président

2003

- Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé

2004

- Plan décennal des premiers ministres pour consolider les soins de santé

2005

- Décision rendue par la Cour suprême du Canada dans le cadre de l'affaire Chaoulli
- *Plan directeur de la santé des Autochtones : un plan de transformation sur 10 ans*

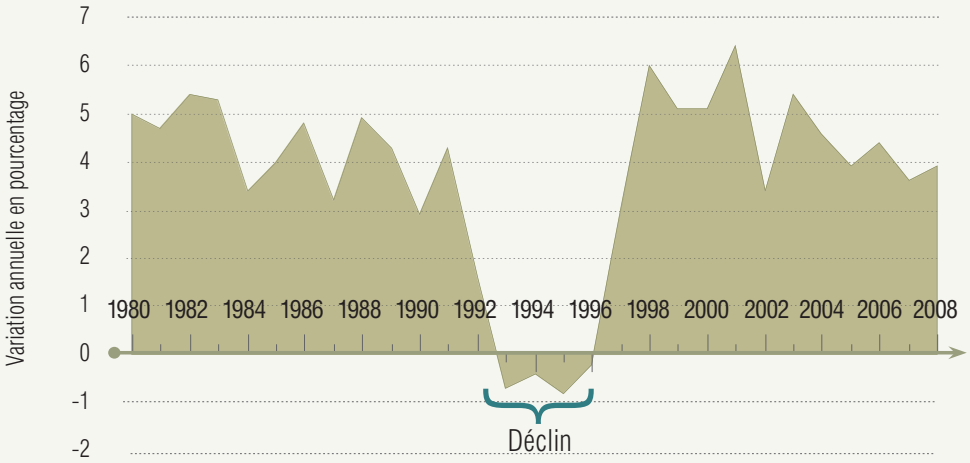
2006

- *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Michael Kirby, président

Chapitre 1

Quelles forces ont façonné les soins de santé au Canada?

Figure 1. Croissance annuelle en pourcentage des dépenses de santé du secteur public, Canada, 1980 à 2008 (dollars constants)



Remarque
Les chiffres de 2007 et de 2008 sont basés sur des prévisions.

Source
Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2008*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.

La mort, les impôts et les changements aux soins de santé : on n'y échappe pas.

De nos jours, une décennie est une éternité dans le secteur des soins de santé. À mesure que la science et la technologie arrivent à limiter les ravages causés par des maladies déjà connues, la nature nous concocte de nouvelles menaces.

Les gouvernements luttent pour répondre aux demandes concurrentes des fournisseurs et du public, puis établissent leurs priorités en conséquence. Inévitablement, des conflits naissent de la difficulté à concilier ce qui est *possible* et ce qui est *abordable*.

Vus sous un autre angle, les soins de santé changent en raison de trois facteurs principaux : la politique, le besoin et l'innovation. Les gouvernements modifient le financement, la structure, la portée des programmes et des services ainsi que la réglementation pour répondre aux changements nécessaires et trouver de nouvelles méthodes de prévention et de traitement. Comme certaines maladies régressent et d'autres apparaissent, les soins de santé doivent évoluer. La science donne ainsi lieu à de nouvelles stratégies de prévention, à de nouvelles interventions, à de nouvelles technologies diagnostiques et à de nouveaux traitements.

Reculer d'une décennie donne l'impression de revenir au siècle passé, et c'est en fait le cas. Une rétrospective de dix ans rédigée en 1999 aurait grandement différé de celle-ci. À la fin des années 1990, les gouvernements commençaient tout juste à réinvestir dans les soins de santé après la période de restrictions sans précédent du milieu de la décennie. En 1992, 10 % du produit national brut (PNB) était consacré aux soins de santé. En 1996, ce pourcentage avait reculé à 8,9 % pour ne revenir à 10 % qu'en 2002[1]. Alors que les gouvernements avaient considérablement freiné la croissance dans le secteur public, la croissance des dépenses dans le secteur privé avait quant à elle diminué à un rythme plus lent, si bien que sa part du total des dépenses est passée de 25 % en 1989 à 30 % en 1999 et est encore aujourd'hui au même niveau[1].

Politiques et investissements des gouvernements

Les soins de santé constituent un secteur énorme et complexe qui semble parfois évoluer selon ses propres lois, comme s'il était pratiquement insensible aux forces externes. Cependant, comme l'a fait remarquer M. Romanow, les systèmes de santé ne se dirigent pas d'eux-mêmes et, dans les systèmes en grande partie publics, les politiques et les priorités importent. Les gouvernements façonnent les soins de santé par l'intermédiaire de leurs déclarations — dans leurs programmes électoraux, dans leurs discours du Trône et dans les livres blancs — et de leurs actions. Ils élaborent des politiques, établissent des priorités et affectent des ressources, souvent en réponse aux intérêts et aux conseils de la population, des associations professionnelles, des organismes de soins de santé et des médias. Au cours de la dernière décennie, quelques initiatives gouvernementales se sont démarquées par leur influence majeure sur le secteur des soins de santé.

Ottawa change de cap

Le gouvernement fédéral a entamé les années 1990 aux prises avec des déficits importants et une économie défaillante. Il a fait de grands efforts pour rééquilibrer son budget. Une de ses stratégies consistait à réduire les transferts aux provinces dans le secteur des soins de santé et des services sociaux, qui ont diminué pour atteindre 12,6 milliards de dollars en 1997. À la fin de la décennie, l'économie avait retrouvé son élan, la santé financière s'était améliorée et Ottawa avait recommencé à distribuer de l'argent. Trois ententes majeures — conclues en 2000, en 2003 et en 2004 — se sont soldées par de nouveaux engagements du gouvernement fédéral.

En 1998-1999, le montant du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux s'élevait à 16 milliards de dollars[2] et incluait des fonds destinés à la santé, à l'éducation postsecondaire, à l'aide sociale et aux services sociaux. Or, en 2008-2009, le Transfert canadien en matière de santé dédié uniquement à la santé avait atteint 22,6 milliards de dollars[3].

Les provinces réinvestissent

La santé fiscale des gouvernements provinciaux et territoriaux s'est améliorée en même temps que celle du gouvernement fédéral à la fin des années 1990. À cette époque, la plupart avaient équilibré leurs budgets, et certains avaient commencé à payer leurs dettes. Cet essor a permis d'engager de nouvelles dépenses, et, après la retenue du milieu des années 1990, les gouvernements étaient bien déterminés à réinvestir. Par conséquent, la dernière décennie a été le théâtre des croissances soutenues les plus importantes en matière de dépenses de santé depuis la création du régime d'assurance-maladie.

La qualité et la sécurité s'imposent

À compter des années 1990, un nombre croissant d'ouvrages internationaux ont révélé des problèmes importants liés à la qualité et à la sécurité des soins de santé. En 2001, le rapport publié en Saskatchewan par la Commission Fyke a été le premier (et, jusqu'à aujourd'hui, le seul) rapport canadien à définir les problèmes touchant le secteur des soins de santé sous l'angle de la *qualité* plutôt que sous celui de l'*accès* ou de l'*argent*[4]. Publiée en 2004, l'étude Baker-Norton a révélé que de 9 250 à 23 750 personnes sont décédées à la suite d'erreurs médicales dans les hôpitaux canadiens et que, de ces décès, au moins un tiers auraient pu être évités[5]. Une importante étude américaine (2003) rapporte que les patients ne reçoivent que de 50 % à 60 % environ des soins qui devraient leur être prodigués selon une pratique adéquate et fondée sur des données probantes[6]. Ces constats confirment qu'il faut plus que de l'argent et du personnel hautement qualifié pour créer un système de santé sécuritaire de haute qualité. Pour accélérer l'amélioration de leur système, les gouvernements ont créé l'Institut canadien pour la sécurité des patients (en 2003) et cinq conseils provinciaux de la qualité des services de santé, en plus de financer de nombreux projets d'amélioration de la qualité.

La réduction des temps d'attente devient la priorité

L'accès aux soins a souvent été perçu comme le talon d'Achille du système de soins de santé canadien. Il y a dix ans, la déclaration systématique des temps d'attente était rare, mais la longueur de l'attente était souvent dénoncée de manière anecdotique dans les médias et alimentait les préoccupations des fournisseurs et des utilisateurs des services. Un rapport publié en 1998 a dévoilé l'absence d'information solide sur les temps d'attente et signalé une volonté d'établir des méthodes normalisées de gestion et de déclaration des temps d'attente[7]. Par la suite, le Western Canada Waiting List (WCWL) Project a reçu une subvention de 2 millions de dollars du Fonds pour l'adaptation des services de santé[8]. Le WCWL Project a pour but d'améliorer la compréhension des temps d'attente et de définir les critères afin de prioriser les temps d'attente en fonction des besoins et des avantages[9].

Les tout premiers travaux effectués par le WCWL Project, un consortium regroupant 19 partenaires, sont aujourd'hui intégrés aux systèmes d'information sur les temps d'attente de nombreuses provinces. La réduction des temps d'attente dans cinq secteurs prioritaires a également occupé une place importante dans les accords sur la santé conclus en 2003 et en 2004, où ils ont fait l'objet d'un investissement de 5,5 milliards de dollars[10].

D'importants organismes nationaux font leur apparition

1998 : La Société canadienne du sang est créée pour protéger la réserve canadienne en sang à la suite de la publication des résultats de l'Enquête Krever.

2000 : Le Conseil de recherches médicales devient les Instituts de recherche en santé du Canada, qui disposent dès lors d'un mandat scientifique étendu et d'un budget considérablement accru.

2001 : Ottawa fonde Inforoute Santé du Canada pour diriger la mise en œuvre d'un réseau pancanadien de cybersanté.

2003 : L'Institut canadien pour la sécurité des patients est formé pour accélérer les améliorations dans le secteur des soins de santé.

2004 : À la suite des incidents de contamination des eaux à Walkerton et à North Battleford et de l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en Ontario, le gouvernement fédéral crée l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) pour renforcer sa capacité à prévenir, à déceler et à juguler les épidémies.

2007 : Le rapport sénatorial intitulé *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, publié en 2006, mène à la création de la Commission de la santé mentale du Canada.

Science et technologie

Dans le domaine des sciences et des technologies de la santé, les progrès sont perpétuels. Toutefois, aucune méthode ne nous permet de déterminer avec certitude lesquels sont les plus importants et quand nous en bénéficierons pleinement. Voici certaines tendances que nous avons pu observer au cours de la dernière décennie :

La chirurgie moins invasive

Que ce soit pour l'ablation de la vésicule biliaire ou pour une greffe de rein, l'utilisation du laparoscope a réduit significativement le nombre d'interventions avec plaie ouverte. Les chirurgiens cardiaques effectuent moins de pontages aortocoronariens (PAC) par greffe, mais plus d'angioplasties[11]. L'angioplastie et les endoprothèses sont moins invasives, permettent un rétablissement plus rapide, nécessitent moins de ressources hospitalières et produisent de meilleurs résultats[11], ce qui est avantageux sur tous les plans.

On voit poindre à l'horizon deux nouveaux types de chirurgie : la chirurgie à site unique par laparoendoscopie (LESS), qui réduit l'incision à une petite coupure au nombril, et la chirurgie endoscopique transluminale par orifice naturel, qui permet d'utiliser les orifices naturels du corps pour accéder au site[12]. Ces interventions ont pour avantage d'écourter le séjour à l'hôpital et d'accélérer le rétablissement du patient. Néanmoins, les progrès techniques ne permettent pas toujours de fournir des soins efficaces. Par exemple, selon des documents récemment publiés, les interventions arthroscopiques au genou seraient peu bénéfiques pour les patients atteints d'arthrose[13-15].

Le Portail **Alberta Netcare**

Selon l'Association médicale canadienne, l'Alberta devance les autres provinces en ce qui concerne la mise en œuvre des dossiers de santé électroniques (DSE)[56].

Les activités provinciales liées au DSE sont réunies sous le portail Alberta Netcare, un programme dirigé par Alberta Health and Wellness depuis 2004[57]. Parmi les principaux éléments du DSE figurent l'accès distant aux registres de distribution des médicaments, la transmission électronique des résultats des examens de laboratoire et d'imagerie diagnostique, ainsi que l'information démographique sur les patients, les allergies ou intolérances connues et les vaccins reçus[58].

Les médecins et les professionnels de la santé autorisés peuvent accéder aux renseignements sur les patients et leur traitement[58] — qui se trouvent dans le DSE — par l'intermédiaire d'un portail électronique, mais les patients eux-mêmes ne peuvent y accéder ni utiliser le portail[59].

L'imagerie diagnostique

De 2003 à 2007, le nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM), de tomodensitométrie (TDM) et de tomographie par émission de positons (TEP) installés (y compris les appareils combinant TDM et TEP) a respectivement augmenté de 49 %, de 29 % et de 121 %[16]. La TEP, souvent combinée à la TDM, est l'une des technologies les plus récentes et qui connaît l'expansion la plus rapide. Le premier appareil combinant TDM et TEP a été installé au Canada en 2002. En janvier 2007, on comptait 18 de ces appareils au Canada[16]. On note des inégalités dans la répartition et l'utilisation de ces appareils à travers le pays[17].

Autrefois considérées comme des technologies particulières et rarement utilisées, la TDM et l'IRM sont désormais souvent des examens de premier recours. De 1993 à 2006, le nombre d'appareils d'IRM en Ontario a été multiplié par six, tandis que le nombre d'appareils de TDM a presque doublé[16]. En 2007, l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) de l'Ontario a publié la première étude importante sur l'efficacité et le bien-fondé de l'imagerie diagnostique[18]. Les auteurs ont fait remarquer que certaines pratiques d'examen produisaient des données cliniques peu nombreuses ou incertaines. Ils ont également constaté que les Ontariens au revenu élevé subissaient plus d'examens par IRM (mais non par TDM) que les groupes susceptibles d'être en moins bonne santé, ce qui soulève la possibilité qu'une partie de l'augmentation ne découlent pas nécessairement des *besoins*.

Les traitements personnalisés, les médicaments biologiques et les cellules souches

Pour certains, l'objectif biomédical suprême est maintenant de trouver un moyen de concevoir des pharmacothérapies adaptées au profil génétique de la personne. Ces médicaments produiraient à la longue un effet maximal et des effets indésirables minimaux. Quelques nouveaux médicaments « biologiques » ont été lancés sur le marché canadien. Ces médicaments permettent d'utiliser les connaissances actuelles en matière de génétique pour prédire quel patient répondra bien aux traitements. Plusieurs de ces traitements novateurs ont pour but de guérir les patients atteints d'un cancer. L'un de ces médicaments, Herceptin, est destiné aux

Comment fonctionne le portail

Les médecins fournissent la majorité des renseignements essentiels du DSE. Grâce à son Physician Office System Program (POSP), la province a financé jusqu'à 70 % des coûts de mise en œuvre du DSE pour les médecins afin d'encourager leur participation[60]. Environ 1 500 médecins ont adhéré au programme entre octobre 2001 et mars 2003, et 1 800 autres entre mars 2003 et mars 2006[60].

Mise en œuvre et utilisation

En 2008, environ 25 000 dispensateurs de soins de santé albertains avaient accès aux renseignements sur les patients par l'intermédiaire du portail Alberta Netcare[56]. Environ 10 000 autres utilisateurs de Calgary et de Chinook devraient obtenir l'accès au portail en 2009[61].

En 2009, le portail contient de l'information sur plus de 90 % des activités de distribution de médicaments prescrits dans la province[62]. Dans toutes les régions, les résultats de la banque de sang ainsi que des données générales sur les laboratoires de microbiologie et de pathologie sont accessibles[63]. Les médecins peuvent également télécharger environ 90 % des rapports d'imagerie diagnostique actuels[64]. De plus en plus de renseignements sont rendus accessibles, dont les rapports des services d'urgence, les historiques d'événement et les électrocardiogrammes[63].

victimes d'un cancer du sein qui présentent une surexpression de la protéine connue sous le nom de HER2, et qui comptent pour 20 % à 30 % des personnes atteintes[19, 20].

Des progrès ont été réalisés non seulement dans le domaine pharmaceutique, mais aussi dans la recherche sur les cellules souches. Il y a dix ans, les scientifiques comptaient exclusivement sur les cellules souches embryonnaires pour faire leurs expériences et pour la croissance. Depuis, des progrès constants ont été faits dans l'exploitation du potentiel des cellules souches adultes[21]. Cet avancement scientifique a de larges incidences, puisqu'il résout le dilemme éthique concernant l'utilisation et l'élimination des embryons rejetés dans le cadre des interventions de fécondation *in vitro*.

La cybersanté

La technologie de l'information (TI) et son application sont fondamentales pour l'amélioration de la qualité. Selon une étude internationale publiée en 2006, le Canada arrivait au dernier rang parmi les sept pays sondés en ce qui concerne l'utilisation de la TI par les médecins de première ligne[22]. Toutefois, on constate une évolution sur ce plan. Le nouvel objectif d'Inforoute Santé du Canada est que tous les Canadiens aient un dossier de santé électronique (DSE) d'ici 2016[23]. Nous avons fait des progrès favorables sur certains plans, notamment en radiologie, secteur dans lequel de nombreuses provinces ont mis en place des systèmes d'archivage et de transmission d'images (PACS). Ces systèmes permettent aux cliniciens d'examiner les clichés des patients à partir de n'importe quel endroit de la province via le réseau informatique.

Jusqu'à présent, la cybersanté relevait d'un partenariat entre les gouvernements, les établissements de santé et les médecins. Cependant, ces intervenants ont maintenant des concurrents : Microsoft (dont la plateforme Health Vault sera offerte par l'intermédiaire de TELUS Espace Santé) et Google Health ont créé des dossiers électroniques sécurisés qui permettront aux utilisateurs d'échanger l'information sur la santé à partir de sites partenaires, d'accéder à leurs données et de les gérer ainsi que d'établir des liens vers l'information concernant leurs propres affections.

Le VIH/sida :
une maladie qui passe de fatale à chronique

Jusqu'à il y a environ dix ans, le VIH causait habituellement le sida chez les personnes infectées, puis la mort.

L'incidence du sida et le nombre de décès liés au sida déclarés au Canada ont tous deux diminué. Fait assez étonnant, le nombre de décès liés au sida est passé de plus de 1 000 par année au début des années 1990 à seulement 28 en 2007, et ce, malgré le fait que le nombre de nouvelles infections par VIH soit demeuré sensiblement le même depuis 2002, soit environ 2 500 par année[53].

Qu'est-ce qui sauve la vie des gens? En grande partie, ce sont les progrès pharmaceutiques. Au cours des 15 dernières années, deux classes distinctes de médicaments antirétroviraux (ARV) ont été introduites pour empêcher la réplication du virus[54]. De plus, un groupe de médicaments appelés inhibiteurs de protéase se sont

Les retombées de l'innovation sur les dépenses

L'innovation a un prix. Les coûts liés à la recherche et au développement de nouveaux médicaments et d'appareils de pointe peuvent s'élever à des centaines de millions de dollars. Souvent, particulièrement dans le domaine des soins de santé, les coûts initiaux liés à l'innovation sont très élevés. Le remplacement d'anciens services par de nouveaux permet de réaffecter des fonds sans nécessairement accroître la part du budget. Certains services s'ajoutent à d'autres plutôt que de les remplacer, ce qui a tendance à accroître les coûts totaux. Des découvertes — la majorité, nous l'espérons — amélioreront significativement les résultats et prolongeront la vie, avantages majeurs qui présenteront un bon rapport qualité-prix.

Voici des exemples de changements dans l'utilisation des produits et des services :

- Le nombre de prescriptions de médicaments contre les maladies cardiovasculaires a augmenté, passant de 32 millions en 1998 à 71 millions en 2008, une hausse de 118 %. Le nombre de prescriptions de statines pour contrôler le taux de cholestérol a plus que quadruplé en passant de 6 millions à 26 millions. En 1998, un million de prescriptions d'inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine II ont été rédigées (pour traiter l'hypertension artérielle et l'insuffisance cardiaque congestive), comparativement à 13 millions dix ans plus tard[24].
- Celebrex et Vioxx ne sont que deux des médicaments de la classe des inhibiteurs des COX-2 conçus pour soulager les douleurs musculo-squelettiques. Ces médicaments n'étaient pas encore commercialisés en 1998. En 2003, 7,7 millions de prescriptions ont été rédigées pour cette classe de médicaments[25]. C'est par la suite que les préoccupations sur la sûreté de Vioxx ont été soulevées, ce qui a provoqué son

révélés efficaces pour empêcher la formation de particules virales matures[54]. La plus récente innovation est la combinaison de plusieurs ARV dans un seul comprimé, ce qui allège le fardeau des patients qui, sinon, devraient prendre de multiples comprimés.

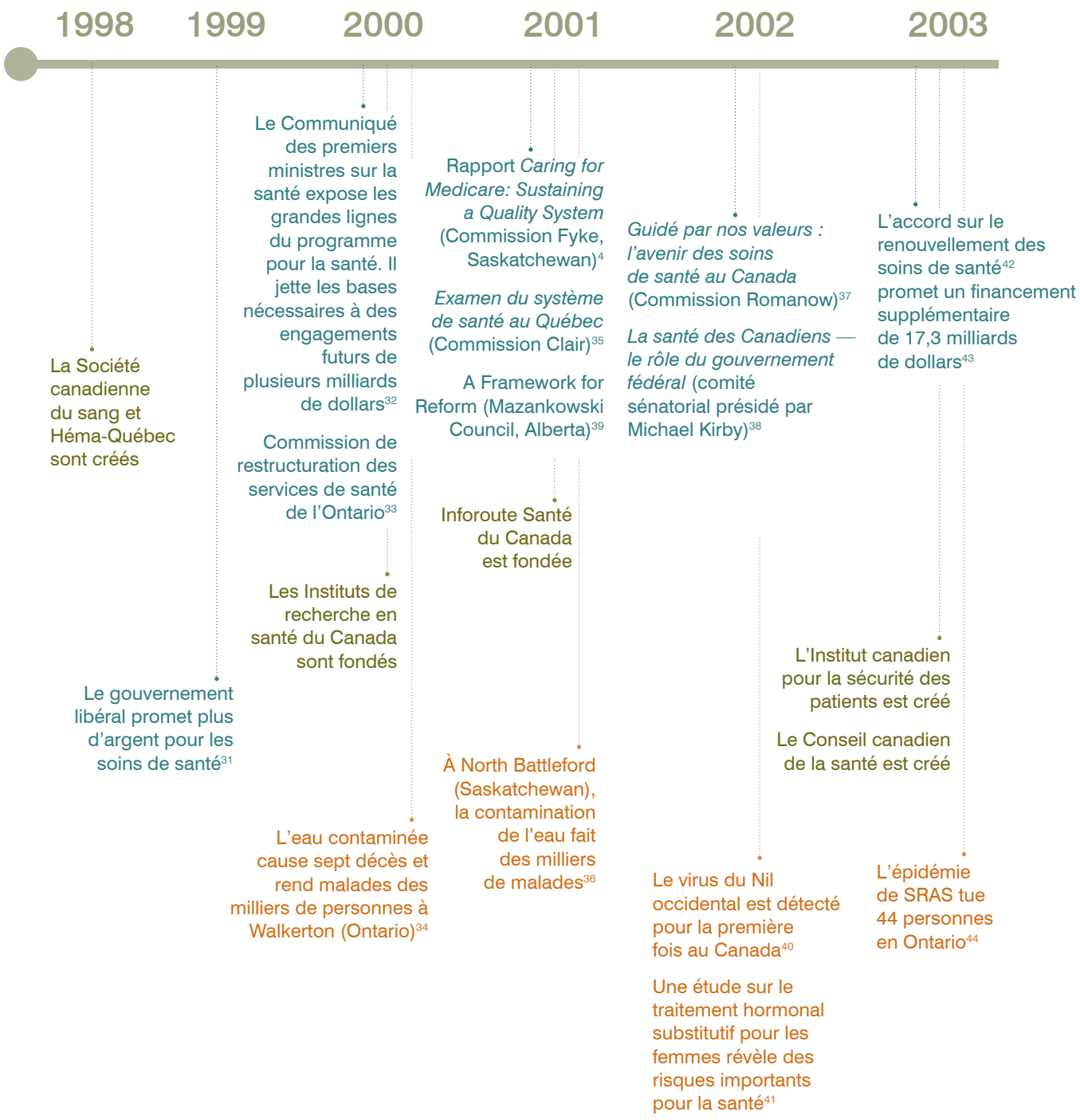
De 1998 à 2008, le nombre de prescriptions pour traiter le VIH/sida rédigées au Canada a plus que doublé : il est passé de 241 000 à 504 000[24]. En 2005, environ 58 000 Canadiens étaient atteints du VIH/sida, une hausse de 16 % du nombre de personnes vivant avec la maladie par rapport à 2002[55].

retrait du marché en septembre 2004[26]. Le nombre de prescriptions d'inhibiteurs des COX-2 avait chuté à 3,6 millions en 2008[24].

- De 1998 à 2008, les dépenses hospitalières consacrées aux médicaments pour le traitement du cancer ont quintuplé à l'échelle nationale, en passant de 145 millions à 725 millions de dollars[27]. Pendant la même période, ces dépenses par province ou territoire ont également augmenté. Par exemple, les dépenses totales consacrées par la Colombie-Britannique aux médicaments pour traiter le cancer par voie orale ou intraveineuse, qui comprennent les dépenses hospitalières et communautaires, sont passées de 17 millions[28] à 114 millions de dollars[29].
- Les taux de remplacements articulaires de la hanche et du genou normalisés selon l'âge ont respectivement augmenté de 24 % et de 83 % de 1998-1999 à 2007-2008[11]. Ces augmentations sont particulièrement marquées chez les jeunes patients (de 45 à 64 ans) et chez les patients très âgés (de 85 ans et plus)[30]. Comme la douleur réfractaire accompagnée d'une perte de mobilité constitue l'indication principale pour ces deux interventions, on peut supposer que les augmentations sont motivées par le besoin (pour le genou en particulier) et liées à l'obésité[30].

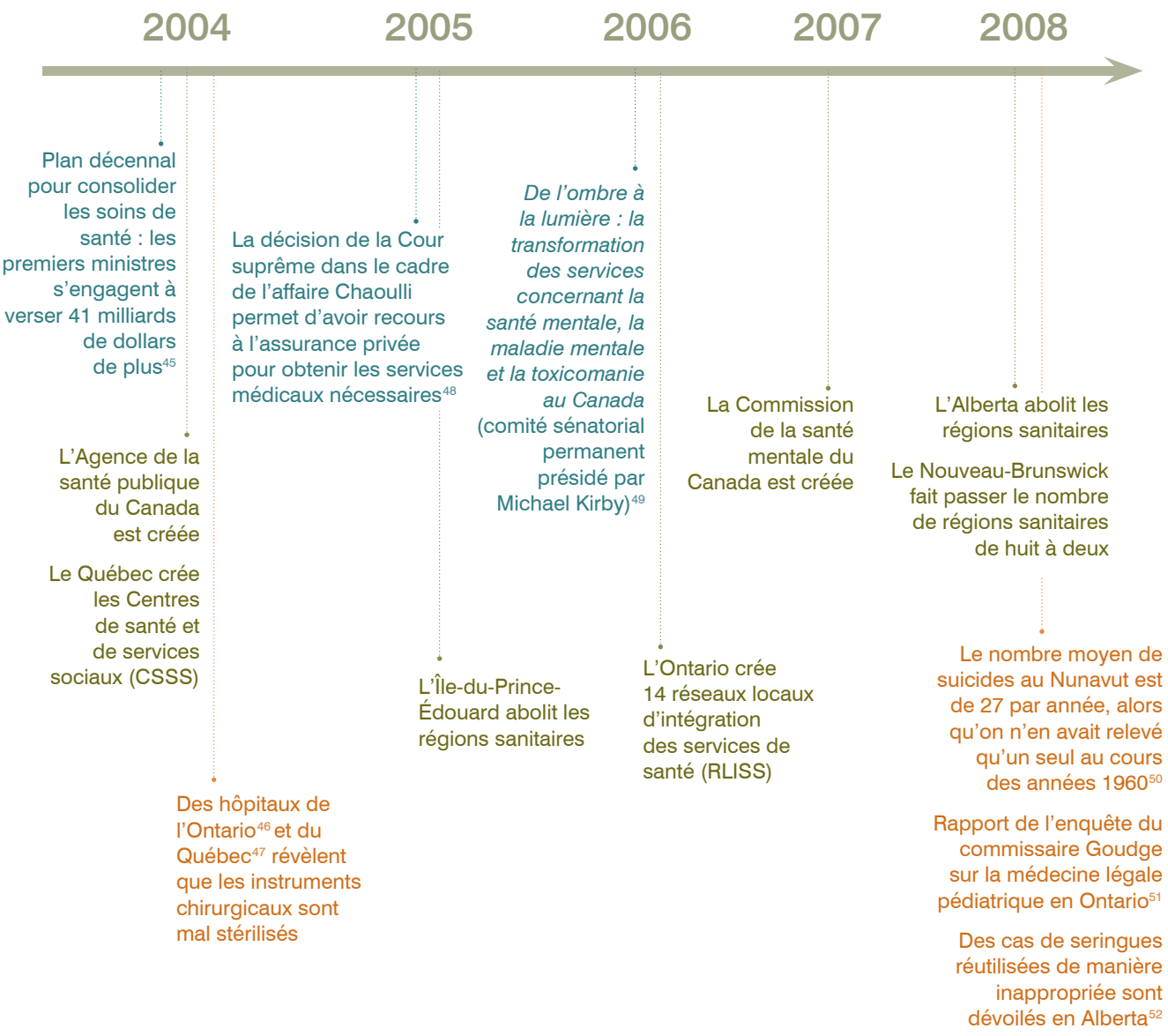
En résumé, on peut affirmer que les déclarations, les aspirations, les innovations et les tragédies sont les forces qui modèlent le paysage des soins de santé et qui, également, font les gros titres. Vous trouverez à la page suivante un survol de certains événements importants qui ont façonné le paysage de la santé et des soins de santé et attiré l'attention des médias et de la population au cours de la dernière décennie.

Tableau 1. Principaux événements ayant influé sur la santé et les soins de santé au Canada, 1999 à 2009



Clés

- Politique et financement
- Apparitions et disparitions
- Risques, échecs et erreurs du système



Références

1. Institut canadien d'information sur la santé, *National Health Expenditure Trends, 1975–2008* [*Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2008*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.

2. Gouvernement du Canada, *Annual Financial Report of the Government of Canada: Fiscal Year 1998–1999* [*Rapport financier annuel du gouvernement du Canada : exercice 1998-1999*], Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 1999. Consulté le 25 juin 2009. Internet : <http://www.collectionscanada.gc.ca/archivesweb/20071126000058/http://www.fin.gc.ca/afr/1999/afr98-99e.pdf>.

3. Ministère des Finances, *Government of Canada Confirms Increased Support for Canada's Health System* [*Le gouvernement du Canada confirme la majoration du soutien accordé au système de santé canadien*], 2008. Consulté le 25 juin 2009. Internet : <http://www.fin.gc.ca/n08/08-003-eng.asp#CHT>.

4. K. Fyke, *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*, Regina (Sask.), gouvernement de la Saskatchewan, 2001. Consulté le 25 juin 2009. Internet : <http://www.health.gov.sk.ca/medicare-commission-final-report>.

5. R. Baker et coll., « The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events Among Hospital Patients in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, n° 11 (2004), p. 1678-1686.

6. E. McGlynn et coll., « The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States », *The New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 26 (2003), p. 2635-2645.

7. P. McDonald et coll., *Waiting Lists and Waiting Times for Health Care in Canada: More Management, More Money?*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 1998. Consulté le 26 juin 2009. Internet : <http://www.chspr.ubc.ca/files/publications/1998/hpru98-09D-A.pdf>.

8. Santé Canada, *Health Transition Fund Project Descriptions*, 2005. Consulté le 21 juillet 2009. Internet : <http://www2.itssti.hc-sc.gc.ca/hpb/hcpd/pchcd/projectc.nsf/e8009e409c3b461585256be2005c9e75/8ab3c08f8ade1a6385256816006d028f?OpenDocument&Highlight=0,Wait>.

9. Western Canada Waiting List Project, *From Chaos to Order: Making Sense of Waiting Lists in Canada—Final Report*, Edmonton (Alb.), Western Canada Waiting List Project, 2001. Consulté le 26 juin 2009. Internet : <http://www.wcwl.org/media/pdf/library/final_reports.2.pdf>.

10. Ministère des Finances, *Federal Transfers in Support of the 2000/2003/2004 First Ministers' Accords* [*Transferts fédéraux faisant suite aux accords conclus par les premiers ministres en 2000, 2003 et 2004*], Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 2004. Consulté le 15 juillet 2009. Internet : <http://www.fin.gc.ca/fedprov/fmAcc-eng.asp>.

11. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Indicators 2009* [*Indicateurs de santé 2009*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

12. The Cleveland Clinic, *Cleveland Clinic Unveils "Top 10" Medical Innovations for 2009*, 2008. Consulté le 25 juin 2009. Internet : <http://my.clevelandclinic.org/media_relations/library/2008/cleveland_clinic_unveils_top_10_medical_innovations_for_2009.aspx>.

13. J. B. Moseley et coll., « A Controlled Trial of Arthroscopic Surgery for Osteoarthritis of the Knee », *The New England Journal of Medicine*, vol. 347 (2002), p. 181-188.

14. A. Kirkley et coll., « A Randomized Trial of Arthroscopic Surgery for Osteoarthritis of the Knee », *The New England Journal of Medicine*, vol. 359, n° 11 (2008), p. 1097-1107.

15. W. Laupattarakasem et coll., « Arthroscopic Debridement for Knee Osteoarthritis », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 1 (2008).

16. Institut canadien d'information sur la santé, *Medical Imaging in Canada, 2007* [*L'imagerie médicale au Canada 2007*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.

17. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, *PET Scan Funding in Canada*, Ottawa (Ont.), ACMTS, 2008, p. 1-8. Consulté le 25 juin 2009. Internet : <http://www.cadth.ca/media/pdf/hta_htupdate_issue-8.pdf>.

18. J. You et coll., *Diagnostic Services in Ontario: Descriptive Analysis and Jurisdictional Review*, Toronto (Ont.), Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2007. Consulté le 25 juin 2009. Internet : <http://www.ices.on.ca/file/Diagnostic_Services_Ontario_Oct16.pdf>.

19. Cancer Care Manitoba, *Herceptin Information*, Cancer Care Manitoba, 2009. Consulté le 29 juillet 2009. Internet : <http://www.cancercare.mb.ca/home/patients_and_family/about_your_cancer/breast_cancer_health_information_support_and_resources/herceptin_information/>.

20. Cancer Care Ontario, *Drug Information: Trastuzumab*, Cancer Care Ontario, 2009. Consulté le 29 juillet 2009. Internet : <http://www.cancercare.on.ca/pdfdrugs/trastuzumab.pdf>.

21. P. Macchiarini et coll., « Clinical Transplantation of a Tissue-Engineered Airway », *The Lancet*, vol. 372, n° 9655 (2008), p. 2023-2030.

22. C. Schoen et coll., « On the Front Lines of Care: Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, and Views in Seven Countries », *Health Affairs*, vol. 25, n° 6 (2006), p. 555-571.

23. Inforoute Santé du Canada, *Paving the Way to Collaborative Care* [*Ouvrir la voie aux soins collaboratifs*], Ottawa (Ont.), Inforoute Santé du Canada, 2008. Consulté le 25 juin 2009. Internet : <http://www2.infoway-inforoute.ca/Documents/Infoway_Business_Plan_2008-2009_Eng.pdf>.

24. IMS Health Canada, *Estimated Volume of Prescriptions Dispensed in Canadian Retail Pharmacies, by Therapeutic Class and Subclass*, IMS HEALTH Canadian CompuScript, 2009.

25. IMS Health Canada, *Drug Treatment Insight: Anti-Arthritis: COX-2 Inhibitors & Other Anti-Flammatories—Painful Withdrawal of Arthritic Relief*, 2006. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.imshealthcanada.com/vgn/images/portal/cit_40000873/5/43/79032761Insights05En061127.pdf>.

26. Santé Canada, *Health Canada Informs Canadians of Vioxx® Withdrawal by Merck & Co.* [*Santé Canada informe les Canadiens que Merck & Co. retire le Vioxx®*], Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2004. Consulté le 8 juillet 2009. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/_2004/2004_50-eng.php>.

27. IMS Health Canada, *Estimated Value of Purchases Made by Canadian Hospitals for Oncology Products, IMS HEALTH Canadian Drug Stores & Hospitals Purchases Audit*, 2009.

28. BC Cancer Agency, *2001 BC Cancer Agency—Annual Report*, Vancouver (C.-B.), BC Cancer Agency, 2001. Consulté le 25 juin 2009. Internet : <http://www.bccancer.bc.ca/NR/rdonlyres/E1D56E3C-D645-4947-8CD7-5690347A4033/1590/bcca_annual_report_2001.pdf>.

29. BC Cancer Agency, *BC Cancer Agency Fact Sheet*, 2008. Consulté le 25 juin 2009. Internet : <http://www.bccancer.bc.ca/NR/rdonlyres/E1D56E3C-D645-4947-8CD7-5690347A4033/29391/BCCAFactSheet1.pdf>.

30. Institut canadien d'information sur la santé, *Hip and Knee Replacements in Canada—Canadian Joint Replacement Registry (CJRR) 2008–2009 Annual Report* [*Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada — Rapport annuel de 2008-2009 du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

31. Gouvernement du Canada, *Strengthening Health Care for Canadians* [*Amélioration des soins de santé pour les Canadiens*], Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 1999. Consulté le 25 juin 2009. Internet : <http://www.fin.gc.ca/budget99/heal/heal1-eng.asp>.

32. Gouvernement du Canada, *News Release: First Ministers' Meeting Commuiqué on Health* [*Communiqué sur la santé pour la réunion des premiers ministres*], 2000. Consulté le 25 juin 2009. Internet : <http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004_e.html>.

33. Gouvernement de l'Ontario, *Ontario Health Services Restructuring Commission 2000. Looking Back, Looking Forward (1996-2000),* Ottawa (Ont.), Commission de restructuration des services de santé, 2000. Consulté le 25 juin 2009. Internet : <http://www.health.gov.on.ca/hsrc/HSRC.pdf>.

34. D. O'Connor, *A Summary Report of the Walkerton Inquiry: The Events of May 2000 and Related Issues*, Toronto (Ont.), gouvernement de l'Ontario, 2002. Consulté le 26 juin 2009. Internet : <http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/english/about/pubs/walkerton/part1/>.

35. H. Chodos, *Quebec's Health Review (The Clair Commission)* [*Examen du système de santé au Québec (la Commission Clair)*], Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 2001, p. 1-14. Consulté le 25 juin 2009. Internet : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/PRB-e/PRB0037-e.pdf>.

36. R. Laing, *Report of the Commission of Inquiry Into Matters Relating to the Safety of the Public Drinking Water in the City of North Battleford, Saskatchewan, 2002*, Saskatchewan, gouvernement de la Saskatchewan, 2002. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.northbattlefordwaterinquiry.ca/final/toc.asp>.

37. R. J. Romanow, *Building on Values: The Future of Health Care in Canada* [*Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*], Ottawa (Ont.), Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, gouvernement du Canada, 2002. Consulté le 8 juillet 2009. Internet : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-85-2002E.pdf>.

38. Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie, *The Health of Canadians: The Federal Role—Final Report on the State of the Health Care System in Canada* [*La santé des Canadiens : le rôle du gouvernement fédéral — rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada*], Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 2002. Consulté le 26 juin 2009. Internet : <http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/Com-e/soci-e/rep-e/repoct02vol6-e.pdf>.

39. Premier's Advisory Council on Health for Alberta, *Framework for Reform*, Edmonton (Alb.), gouvernement de l'Alberta, 2002. Consulté le 26 juin 2009. Internet : <http://www.health.alberta.ca/documents/Mazankowski-Report-2001.pdf>.

40. Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada, *West Nile Virus* [*Virus du Nil occidental*], 2005. Consulté le 25 juin 2009. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/diseases-maladies/wnv-vno-eng.pdf>.

41. H. D. Nelson et coll., « Postmenopausal Hormone Replacement Therapy », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 288, n° 7 (2002), p. 872-881.

42. Santé Canada, *2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal* [*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*], Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 2003. Consulté le 26 juin 2009. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-eng.php#notes>.

43. Gouvernement du Canada, ministère des Finances, *Budget 2003: Investing in Canada's Health Care System* [*Le budget de 2003 : investir dans le système canadien de soins de santé*], 2003. Consulté le 25 juin 2009. Internet : <http://www.fin.gc.ca/budget03/pdf/bkheae.pdf>.

44. The SARS Commission, *Spring of Fear*, Ottawa (Ont.), gouvernement de l'Ontario, 2006. Consulté le 26 juin 2009. Internet : <http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/campbell06/online_rep/index.html>.

45. Santé Canada, *New Federal Investments on Health Commitments on 10-Year Action Plan on Health* [*Nouveaux investissements fédéraux pour accompagner les engagements sur 10 ans du plan d'action sur la santé*], 2004. Consulté le 26 juin 2009. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/bg-fi_inv-eng.php>.

46. CBC News, « Another Ontario Hospital Admits Improper Sterilization », *CBC News*, 2004. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.cbc.ca/canada/story/2004/01/13/sterlization040113.html>.

47. M. Johne, « It's a Dirty Job but Everyone Has to Do It », *National Review of Medicine*, vol. 1, n° 13 (2004).

48. Cour suprême du Canada, *Jacques Chaoulli and George Zeliotis v. Attorney General of Quebec and Attorney General of Canada* [*Jacques Chaoulli et George Zeliotis c. procureur général du Québec et procureur général du Canada*], Cour suprême du Canada, 2005, p. 1-141. Consulté le 26 juin 2009. Internet : <http://csc.lexum.umontreal.ca/en/2005/2005scc35/2005scc35.pdf>.

49. M. L. Kirby et W. J. Keon *Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada* [*De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*], Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 2006, p. 1-9. Consulté le 25 juin 2009. Internet : <http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-e/SOCI-E/rep-e/pdf/rep02may06part1-e.pdf>.

50. The Working Group for a Suicide Prevention Strategy for Nunavut, *Using Knowledge and Experience as a Foundation for Action: A Discussion Paper on Suicide Prevention in Nunavut*, Nunavut, gouvernement du Nunavut, Nunavut Tunngavik Inc., Embrace Life Council, 2009. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.tunngavik.com/documents/publications/2009-04%20SP%20WG%20ENG%20discussion%20paper.pdf>.

51. S. Goudge, *Inquiry into Pediatric Forensic Pathology in Ontario*, Toronto (Ont.), gouvernement de l'Ontario, 2008. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/inquiries/goudge/report/index.html>.

52. Alberta Health Quality Council, *Review of the Infection Prevention and Control and CSR Sterilization Issues in East Central Health Region*, Calgary (Alb.), Alberta Health Quality Council, 2007. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.hqca.ca/assets/pdf/HQCA_Full_Report_juillet_25_2007.pdf>.

53. Agence de la santé publique du Canada, *HIV and AIDS in Canada: Surveillance Report to December 31, 2007* [*Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 2007*], Ottawa (Ont.), ASPC, 2008. Consulté le 3 juillet 2009. Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/pdf/survrep1207.pdf>.

54. Société canadienne du sida, *Women & HIV/AIDS: Treatment Issues* [*Femmes séropositives et traitements*], Ottawa (Ont.), SCS, 2004. Consulté le 3 juillet 2009. Internet : <http://www.cdnaids.ca/web/backgrnd.nsf/pages/cas-gen-0015>.

55. Agence de la santé publique du Canada, *HIV/AIDS Epi Updates* [*Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*], Ottawa (Ont.), ASPC, 2007. Consulté le 3 juillet 2009. Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/pdf/epi2007_e.pdf>.

56. Association médicale canadienne, *Information Technology and Health Care in Canada: 2008 Status Report* [*Les technologies de l'information et les soins de santé au Canada : état de la question en 2008*], Ottawa (Ont.), AMC, 2008.

57. Deloitte Consulting, *Smart Systems for Health Agency: Operational Review Final Report*, Toronto (Ont.), Deloitte Consulting, 2006.

58. Gouvernement de l'Alberta, *What is the Alberta Netcare EHR?*, 2009. Consulté le 7 juillet 2009. Internet : <http://www.albertanetcare.ca/9.htm>.

59. Conversation téléphonique avec Susan Anderson, Alberta Health and Wellness, le 2 juillet 2009.

60. D. Protti, S. Edworthy et I. Johansen, « Adoption of Information Technology in Primary Care Physician Offices in Alberta and Denmark, Part 1: Historical, Technical and Cultural Forces », *ElectronicHealthCare,* vol. 6, n° 1 (2007), p. 95-102. Consulté le 7 juillet 2009. Internet : <http://www.longwoods.com/product.php?productid=18933>.

61. Gouvernement de l'Alberta, *Health Action Plan: Status Report*, gouvernement de l'Alberta, 2008. Consulté le 7 juillet 2009. Internet : < http://www.health.alberta.ca/documents/Health-Action-Plan-Dec-08.pdf>

62. Gouvernement de l'Alberta, *Drug Information*, 2009. Consulté le 7 juillet 2009. Internet : <http://www.albertanetcare.ca/210.htm>.

63. Gouvernement de l'Alberta, *Alberta Netcare Electronic Health Record Newsletter*, 2009. Consulté le 7 juillet 2009. Internet : <http://www.albertanetcare.ca/Netcare_Newsletter_V4-2_final.pdf>.

64. Gouvernement de l'Alberta, *Diagnostic Imaging*, 2009. Consulté le 7 juillet 2009. Internet : <http://www.albertanetcare.ca/212.htm>.

Un changement de perspective :
les ministères adoptent la promotion de la santé

Santé des Canadiens

1999
Alberta
- Alberta Health change son nom pour Alberta Health and Wellness

2000
Nouveau-Brunswick
- Le ministère de la Santé et des Services communautaires devient le ministère de la Santé et du Mieux-être

2003
Manitoba
- Le Conseil exécutif du Manitoba nomme un ministre délégué à la Vie saine

2005
Ontario
- Le ministère de la Promotion de la santé est créé

Saskatchewan
- L'organisme Healthy Living Services est mis sur pied (dissous en 2007)

2006
Nouvelle-Écosse
- Le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé est créé

Nouveau-Brunswick
- Le ministère du Mieux-être s'unit au Secrétariat de la culture et du sport pour former le nouveau ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport

2008
Colombie-Britannique
- Le ministère de la Vie saine et du Sport est créé

Chapitre 2
La santé des Canadiens — les soins de santé et les approches stratégiques

L'amélioration de la santé est comme une partie d'échecs.

Certains progrès sont fructueux, comme la quasi-éradication de la poliomyélite et la diminution des taux de tabagisme.

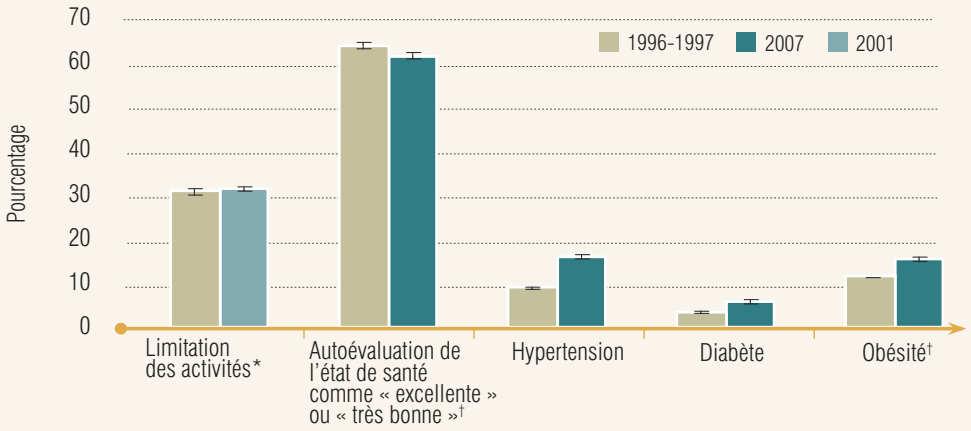
D'autres, qui semblent décisifs, par exemple, la baisse des taux de maladies cardiaques et de décès des suites d'une crise cardiaque chez les adultes, peuvent être ébranlés par de nouvelles menaces, telles que l'augmentation du taux d'obésité chez les enfants. Bien que les indicateurs de santé généraux comme l'espérance de vie et les taux de mortalité infantile ne changent pas beaucoup en une décennie, les tendances sous-jacentes peuvent varier de façon plus significative.

Le présent chapitre examine les changements dans les caractéristiques de l'état de santé au cours des dix dernières années. Il montre comment le système de santé et les politiques en matière de santé ont été mobilisés pour régler les problèmes et permettre des progrès. L'amélioration de la santé passe par trois voies principales :

- le travail sur les déterminants non médicaux de la santé, comme le revenu, le logement, l'environnement et l'éducation;
- la promotion de la santé et la prévention des maladies;
- la prestation en temps opportun de soins de santé de qualité et appropriés.

Il est largement reconnu que les soins de santé ne peuvent pas améliorer en soi la santé d'une population. Pour faire une différence dans une population *entière*, et non chez quelques personnes seulement, il est essentiel d'agir sur plusieurs fronts.

Figure 2. Prévalence de certains états de santé et maladies chez les Canadiens âgés de 12 ans et plus en 1996-1997 comparativement à 2007



Remarques

* En raison des différences dans les catégories de questions et de réponses notées entre les deux enquêtes, les données sur la limitation des activités de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ne sont pas comparables à celles de l'Enquête nationale sur la santé de la population. Cette figure a été établie d'après les données de 2001.

† Taux normalisés selon l'âge à l'aide des données du recensement canadien de 1991 sur les personnes de 12 ans et plus; le taux d'obésité est celui des Canadiens de 18 ans et plus.

⊥ Les barres représentent l'intervalle de confiance à 95 %.

Sources

Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), 1996-1997, et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001 et 2007, Statistique Canada.

État de santé général

Au début du siècle dernier, l'espérance de vie était de près de 50 ans[1], alors qu'au début des années 2000, elle était non loin de 80 ans[2]. Les limites naturelles de la longévité humaine (entre 85 et 110 ans) n'ont toutefois pas été repoussées au cours du xx^{e} siècle. C'est plutôt une chute de la mortalité prématurée qui est responsable de la prolongation de la durée de vie moyenne de 30 ans[3].

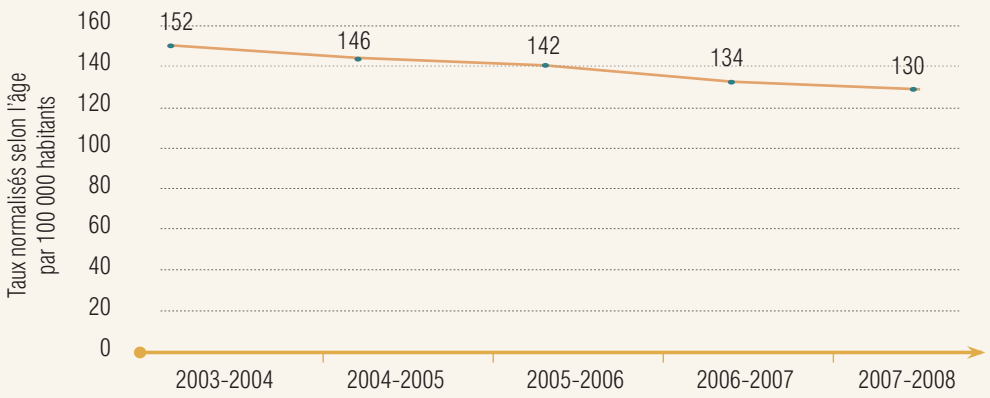
À la fin du xx^{e} siècle, on s'est même demandé si les progrès à ce chapitre ralentiraient, s'arrêteraient ou même seraient renversés. À diverses époques, des gens ont vécu jusqu'à 90, voire 100 ans, alors que la majorité décédait bien avant. L'espérance de vie ne peut pas augmenter de deux ou trois ans toutes les décennies indéfiniment... à moins que quelqu'un ne trouve la fontaine de Jouvence!

L'espérance de vie continue néanmoins d'augmenter. Elle est passée de 78 ans en 1996 à 81 ans en 2006[2]. Sous ces données positives se cachent cependant des tendances inquiétantes en matière de facteurs de risque. Certains comportements et habitudes de vie représentent des facteurs de risque concernant de nombreux problèmes de santé. Une alimentation riche en calories, en sucre et en sel peut compromettre la santé d'une personne, et il en va de même pour le tabagisme et l'inactivité physique. De 1996 à 2007, les taux d'obésité, de diabète et d'hypertension ont grimpé (figure 2), ce qui laisse croire que les tendances positives arrivent à leur fin.

D'un point de vue plus positif, le taux de tabagisme continue de diminuer chez les Canadiens âgés d'au moins 15 ans. Il est passé de 24 % en 2000 à 19 % en 2007. En Colombie-Britannique, il est maintenant de 14 %, soit juste un peu plus que la moitié du taux provincial le plus élevé, celui de la Saskatchewan, qui est de 24 %. Les nouvelles sont également bonnes du côté des adolescents (âgés de 15 à 19 ans) : seulement 15 % d'entre eux fumaient en 2007, ce qui représente une baisse par rapport à 25 % en 2000[4].

Il serait trop long de décrire tous les changements au chapitre de l'incidence et de la prévalence des problèmes de santé et de tenter d'expliquer

Figure 3. Taux d'événements d'accidents vasculaires cérébraux menant à une hospitalisation, Canada



Remarques
Les taux sont ceux des Canadiens âgés de 20 ans et plus.
Les taux de chacune des années n'incluent pas les données du Québec en raison des différences dans les méthodes de collecte.
La tendance est statistiquement significative ($p < 0,05$).

Source
Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2009*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009, p. 33.

leurs origines. Le cas de la santé cardiaque et des accidents vasculaires cérébraux (AVC) illustre cependant bien en quoi les tendances relatives à la santé et aux soins de santé ont des répercussions sur la population.

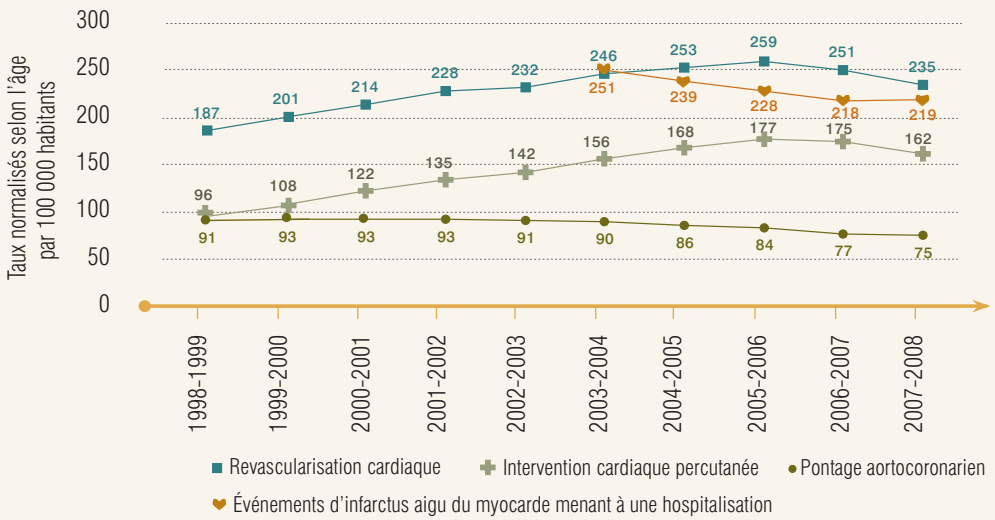
Bonnes nouvelles au sujet de la santé cardiaque et des accidents vasculaires cérébraux

Les données sur la santé cardiaque s'inscrivent, pour l'instant, dans la catégorie des bonnes nouvelles. De moins en moins de Canadiens subissent une crise cardiaque, et le taux de décès associé à ces événements diminue; il a baissé de 30 % entre 1998 et 2004 seulement[5, 6]. Les taux d'hospitalisation en raison d'AVC et les nouveaux événements de crises cardiaques ont également diminué en 2003-2004 et en 2007-2008 (voir les figures 3 et 4).

Les deux principales interventions chirurgicales en cardiologie sont le pontage aortocoronarien et l'angioplastie (ou intervention cardiaque percutanée), qui est moins effractive. Les taux d'angioplastie ont presque doublé de 1998 à 2006, mais diminuent depuis, tandis que les taux de pontage aortocoronarien ont baissé depuis les cinq dernières années (voir la figure 4). On assiste ici à deux phénomènes : l'adoption de pratiques moins effractives, mais tout aussi efficaces, et une diminution du nombre de personnes atteintes d'un blocage coronarien sévère, notamment en raison des percées dans la prise en charge médicale des maladies cardiaques, comme la commercialisation des statines.

Aujourd'hui, les soins cardiaques et ceux liés aux AVC sont plus efficaces et ils sont fournis plus rapidement qu'il y a cinq ans. Par exemple, le taux de décès des suites d'une crise cardiaque survenant dans les 30 jours suivant une hospitalisation a diminué de 11 %[7]. Moins de patients sont admis à l'hôpital en raison d'une crise cardiaque, mais de plus en plus d'entre eux subissent une chirurgie : 45 % en 2007-2008 comparativement à 34 % quatre ans plus tôt. De plus, les interventions chirurgicales sont pratiquées plus rapidement; en 2007-2008, 43 % l'ont été dans la journée suivant l'admission, comparativement à 28 % quatre ans plus tôt. Le taux de réadmission a baissé de 31 % pendant la même période[7].

Figure 4. Taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation, de pontage aortocoronarien, d'intervention cardiaque percutanée et de revascularisation cardiaque, Canada



Remarques

Les taux sont ceux des Canadiens âgés de 20 ans et plus.
Les taux de chacune des années n'incluent pas les données du Québec en raison des différences dans les méthodes de collecte.
Le taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde de 2003-2004 n'inclut pas les données du Manitoba en raison des différences de définition de l'événement dans la CIM-9-CM et la CIM-10-CA. Cette exclusion n'a aucune répercussion sur la tendance. Toutes les tendances sont statistiquement significatives ($p < 0,05$).

Source

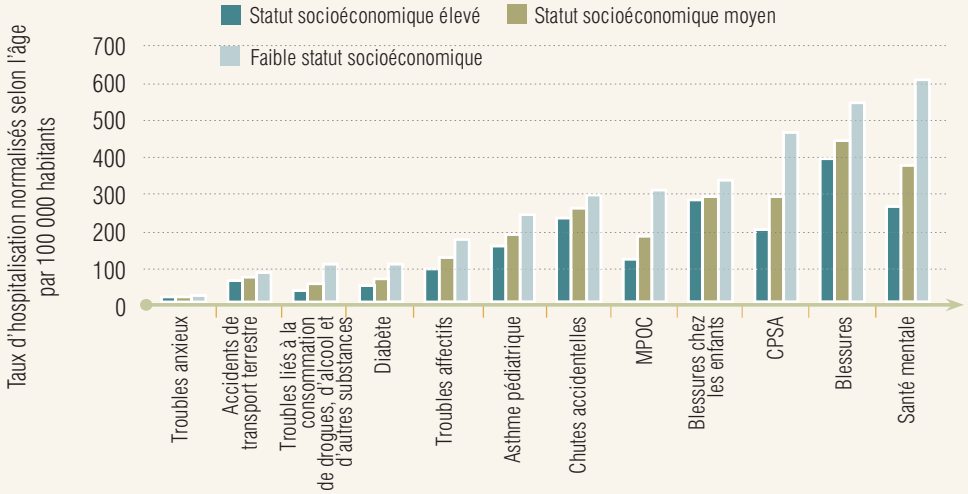
Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2009*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

L'administration d'aspirine, de bêtabloquants et de statines est devenue pratique courante, ce qui a également amélioré les résultats pour la santé.

Les différences observées à travers le pays suggèrent cependant qu'il reste encore beaucoup à faire pour réduire la prévalence et les conséquences des maladies cardiaques et des AVC. Par exemple :

- Les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador sont hospitalisés deux fois plus souvent en raison d'une crise cardiaque que les Britanno-Colombiens (351 contre 169 par 100 000 habitants en 2007-2008)[7].
- On note une amélioration dans l'ensemble de la population, mais la situation reste meilleure chez les mieux nantis. Par exemple, les résidents des quartiers figurant parmi les 20 % les plus pauvres sont hospitalisés plus souvent des suites d'une crise cardiaque que ceux des quartiers s'inscrivant dans les 20 % les plus riches (290 contre 175 par 100 000 habitants)[7].
- Une étude récemment menée au Canada, dans laquelle la courbe des taux de mortalité à la suite d'une maladie cardiaque et d'un AVC a été établie, a permis de noter que le tableau des facteurs de risque de la population s'est amélioré sur un point, le tabagisme, mais s'est aggravé à d'autres égards, soit l'obésité et le diabète[8]. Une baisse des facteurs de risque entraîne une réduction d'environ deux tiers des taux de mortalité, alors que l'amélioration des méthodes de traitement est responsable de l'autre tiers[9, 10].
- Des recherches récentes ont révélé que le taux de décès d'origine cardiaque a cessé de diminuer dans les groupes d'âge les plus jeunes (chez les 35 à 54 ans, par exemple) dans des pays comme les États-Unis et le Royaume-Uni[11, 12], ce qui suppose que la hausse de la prévalence de certains facteurs de risque a des effets qui commencent à se faire sentir[11].

Figure 5. Taux d'hospitalisation pancanadiens normalisés selon l'âge, par groupe de statut socioéconomique



Source
Institut canadien d'information sur la santé, *Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008, p. 29.

Les variations dans la santé — à la recherche d'explications

Quatre principaux facteurs démographiques permettent d'expliquer une grande partie des différences observées quant à la santé des Canadiens : le sexe, l'origine autochtone, l'âge et le statut socioéconomique. Les conséquences des trois premiers facteurs ont maintes fois été décrites[2, 13-16]. En bref, les femmes obtiennent de meilleurs résultats que les hommes pour la plupart des indicateurs de santé. Moins de femmes sont atteintes de cancer et moins en meurent[15]. Les femmes sont moins sujettes au diabète[14] et elles vivent, en moyenne, cinq ans de plus que les hommes[2]. Les hommes, par contre, souffrent moins de problèmes d'asthme et d'arthrite et semblent avoir moins de limitations d'activités que les femmes[14]. Les Autochtones présentent plus d'incapacités et meurent plus jeunes que les non-Autochtones[13, 16].

En ce qui a trait au statut socioéconomique, une étude déterminante menée à Saskatoon et publiée en 2008 a révélé des différences substantielles quant à la prévalence de divers problèmes de santé et facteurs de risque expliquant la détérioration de l'état de santé dans les régions urbaines. Dans certains cas, les personnes habitant dans les quartiers urbains les plus pauvres étaient 10 fois plus susceptibles (parfois même plus) d'avoir des problèmes de santé ou de présenter des risques élevés que les résidents des quartiers nantis[17]. Ce type d'inégalités n'est pas nouveau, mais l'*ampleur* des différences dans certaines régions était inattendue. L'étude souligne l'importance de pousser les recherches jusqu'à l'échelle locale afin de déceler les variations importantes et les besoins importants qui pourraient ne pas paraître dans les analyses pratiquées à l'échelon des municipalités ou des régions sanitaires.

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) de l'ICIS a réalisé une analyse des données des quartiers de 15 régions métropolitaines de recensement canadiennes[18]. Bien que les caractéristiques des villes varient, le rapport confirme les résultats de l'étude menée à Saskatoon. Les résidents des quartiers à faible revenu présentaient deux ou trois fois plus de risque d'être hospitalisés en raison d'un trouble de santé mentale, de diabète, de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et de problèmes liés à la toxicomanie que les habitants des quartiers nantis. Ils étaient également deux fois plus susceptibles d'être hospitalisés des suites de conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) qui, dans un système de santé fonctionnel, devraient être prises en charge par les services communautaires, et non par un hôpital (voir la figure 5)[18].

Il est intéressant de noter que les principaux facteurs démographiques ne sont pas mutuellement exclusifs; certaines personnes peuvent présenter à la fois des *caractéristiques protectrices* (p. ex. un revenu élevé) et des *facteurs de risque* (comme un âge avancé). Des variations quant au statut socioéconomique ont également été relevées entre les quartiers et à l'intérieur de ceux-ci. Néanmoins, il est clair que les inconvénients et les avantages ont tendance à se regrouper et que les problèmes et l'utilisation des soins de santé varient conséquemment.

Les approches stratégiques

Il est utile de présenter des rapports sur l'état de santé et les tendances dans l'utilisation des soins de santé. Les *objectifs* consistent toutefois à améliorer la santé de la population, à réduire la dépendance envers les soins et à atténuer les inégalités en matière de santé chez les Canadiens. Beaucoup d'initiatives ont été mises en œuvre pour promouvoir la santé de la population. Des résultats d'études sur les inégalités ont également éclairé les discussions sur les politiques et les programmes qui pourraient diminuer leur ampleur.

Il y a aussi eu des réussites notables. À l'échelle nationale, depuis 2007, 4,8 % des personnes âgées vivent sous le seuil de faible revenu (SFR) établi par Statistique Canada, comparativement à 9,2 % dans tous les groupes d'âge[19]. En 1996, 18 % des enfants vivaient dans une famille à faible revenu. Ce pourcentage est passé à 9,5 % en 2007[19]. À l'échelon local, les réussites sont également manifestes. Par exemple, l'aide financière et le soutien en matière de santé publique apportés aux femmes enceintes de Terre-Neuve-et-Labrador ont permis de réduire le nombre de nouveau-nés ayant un faible poids[20]. Dans le quartier Saint-Henri de Montréal, l'un des plus pauvres de la ville, 22 % des femmes visées par un programme d'abandon du tabagisme ont cessé de fumer après six mois et celles qui ont continué à fumer ont réduit leur consommation quotidienne de sept cigarettes[21].

Stratégies d'abandon du tabac en Ontario, **une expérience réussie**

Au cours des dix dernières années, des stratégies de lutte antitabac ont été mises en œuvre aux échelons fédéral, provincial et municipal. Par exemple, l'Ontario a adopté une stratégie à plusieurs volets qui a déjà produit des résultats encourageants.

Adoptée le 31 mai 2006, la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* interdit aux citoyens de la province de fumer dans leur milieu de travail et dans les endroits publics. Elle s'inscrit dans une stratégie plus vaste, nommée *Ontario sans fumée*, qui cherche à aider les Ontariens à cesser de fumer, à protéger les non-fumeurs de la fumée secondaire et à encourager les jeunes à ne jamais fumer. En janvier 2009, le gouvernement ontarien a franchi un autre pas en interdisant aux résidents de la province de fumer dans une voiture si des enfants de moins de 16 ans y sont présents[39].

En général, les gouvernements provinciaux et municipaux se sont montrés agressifs sur le plan de la lutte antitabac dans les dix dernières années. Des lois fédérales et provinciales interdisent maintenant de fumer dans presque tous les milieux de travail, et beaucoup de municipalités proscrivent la consommation de tabac dans les lieux publics. Ces lois et règlements ont joué un rôle important en matière de diminution du taux de tabagisme et de réduction de l'exposition des non-fumeurs à la fumée secondaire.

Plus la population vieillit, plus les Canadiens sont atteints de maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiaques et le cancer. Bien des coalitions fédérales ont été mises sur pied au cours de la dernière décennie, et elles ont permis de mettre en œuvre des stratégies visant à prévenir et à prendre en charge certaines maladies chroniques. La Stratégie canadienne du diabète et le Partenariat canadien contre le cancer en sont deux exemples.

À l'échelle provinciale, des efforts ont également été déployés à ce chapitre. Au moins trois provinces (la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador) appliquent des stratégies élaborées pour la prise en charge des maladies chroniques; elles consistent à utiliser un modèle collaboratif de prestation et de gestion des soins. Ces modèles sont tous axés sur 1) l'amélioration de l'accessibilité, 2) le recours à des protocoles de traitement normalisés visant l'amélioration de la qualité des soins et 3) l'utilisation de dossiers de santé électroniques. La sensibilisation des patients et la prise en charge des maladies comptent également au nombre des composantes clés de ces modèles. Partout au Canada, des initiatives sont en cours pour promouvoir un mode de vie sain et améliorer les méthodes de prise en charge des maladies[22, 34].

De plus, les Ontariens ont accès à de nombreux programmes gratuits et à des cliniques favorisant la cessation du tabagisme, et des campagnes ayant comme objectif de réduire la consommation de tabac chez les jeunes ont été lancées dans les écoles et les collectivités.

Ces efforts ont porté leurs fruits. La prévalence du tabagisme en Ontario a diminué de façon marquée, particulièrement chez les jeunes[4]. Il y a dix ans, un quart des adolescents ontariens (âgés de 15 à 19 ans) fumaient. En 2007, ce taux avait pratiquement été réduit de moitié et se chiffrait à seulement 13 %. Même les fumeurs consomment moins de cigarettes (15,5 par jour en 2007 contre 17 en 1999).

Les problèmes à l'horizon

Dans l'ensemble, les Canadiens sont en santé comparativement aux normes internationales et vivent plus longtemps que jamais. Le changement de comportement le plus positif est la réduction du taux de tabagisme, particulièrement chez les adolescents. Cette réussite a contribué à des améliorations importantes sur le plan de la santé cardiaque, à la diminution des hospitalisations pour cause de crise cardiaque et à la baisse du taux d'AVC. D'inquiétantes tendances à la hausse de l'obésité et du diabète viennent toutefois éclipser ces réalisations, ce qui laisse poindre un arrêt ou même un renversement possible de l'amélioration de la santé enregistrée au cours du siècle dernier. « La prévention est donc vitale[9]. »

L'un des défis les plus importants est de déterminer les moyens les plus efficaces pour réduire les inégalités en matière de santé entre les populations et au sein de celles-ci. Dans les dix dernières années, les rapports sur la nature et l'ampleur de ces inégalités ont atteint de hauts degrés de sophistication et de granularité. Les méthodes visant à traiter les déterminants non médicaux de la santé comprennent le soutien financier aux personnes âgées et aux familles avec enfants. Des efforts plus précis ont ciblé le développement des jeunes enfants et la prise en charge des femmes ayant des grossesses à risque.

Une situation matérielle défavorable n'explique pas tous les problèmes de santé; certaines personnes ayant un revenu élevé sont malades, alors que des personnes à faible revenu sont en santé. De plus, tous les groupes socioéconomiques sont touchés par une variation de l'état de santé. Un faible statut socioéconomique explique cependant bon nombre de problèmes, et des groupes défavorisés de certaines collectivités ne sont pas en santé. Ces réalités ont encouragé des groupes canadiens et internationaux à proposer des politiques qui accélèreraient le travail ardu d'atténuation des inégalités. Bien des pays ont produit des rapports sur les inégalités en matière de santé et adopté des stratégies gouvernementales pour les réduire[35-38].

Les questions difficiles qui se poseront dans les dix prochaines années comprennent celles-ci :

- Assisterons-nous à des modifications de comportement dans l'ensemble de la population visant à mettre fin à l'augmentation des taux d'obésité et de diabète qui menace l'amélioration de l'état de santé?
- La tendance à la hausse au chapitre de l'abandon du tabagisme se poursuivra-t-elle pour mener à d'autres progrès dans la lutte contre le cancer du poumon, l'emphysème, la maladie cardiaque et l'AVC?

Sur le plan des inégalités, des problèmes à court et à long terme se manifestent. Comme il a été mentionné dans le premier chapitre, la dernière décennie a représenté une renaissance économique pour l'ensemble du pays; le Canada a atteint des taux de croissance parmi les plus élevés du monde, réduit sa dette et largement éliminé les déficits budgétaires des différents ordres de gouvernement. Les dépenses de soins de santé ont doublé, mais, sauf quelques exceptions comme le crédit d'impôt pour enfants, aucun projet national soutenu de grande échelle n'a été mis en œuvre pour atténuer les inégalités. Depuis l'inquiétant ralentissement économique amorcé en 2008, les taux de chômage ont augmenté, la plupart des gouvernements sont aux prises avec d'importants déficits et les programmes de stimulation de l'économie visent principalement les industries et les infrastructures. Les groupes affichant de plus faibles statuts socioéconomiques sont les plus vulnérables dans ces circonstances, et les stresseurs économiques et psychologiques peuvent accentuer les inégalités en matière de santé.

1. S. Norris et T. Williams, *Healthy Aging: Adding Life to Years and Years to Life* [*Vieillir en santé : ajouter de la vie aux années et des années à la vie*], Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 2000. Consulté le 23 juillet 2009. Internet : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/prb0023-e.htm#LIFESPAN%20AND%20LIFE%20EXPECTANCY(txt)>.

2. Statistique Canada, *National Population Health Survey* et *Canadian Community Health Survey, CANSIM Table 102-0511* [*Enquête nationale sur la santé de la population et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Tableau CANSIM 102-0511*], Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2009. Consulté le 20 juin 2009. Internet : <http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=E&RootDir=CII/&Detail=1&ResultTemplate=CII/CII___&TblDetail=1&C2SUB=HEALTH&Array_Pick=1&ArrayId=102-0511>.

3. Organisation de coopération et du développement économiques, *OECD Health Data 2009—Frequently Requested Data* [*Éco-Santé OCDE 2009 —Données fréquemment demandées*], Paris (France), OCDE, 2009. Consulté le 29 juin 2009. Internet : <http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_208200_1_1_1_1,00.html>.

4. Santé Canada, *Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS) 1999 to 2007* [*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), 1999-2007*], Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2008. Consulté le 20 juin 2009. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/index-eng.php>.

5. Statistique Canada, *Canadian Community Health Survey, CANSIM Table 102-0126,* [*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Tableau CANSIM 102-0126*], Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2008. Consulté le 10 juillet 2009. Internet : <http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?regtkt=&C2Sub=&ARRAYID=1020126&C2DB=&VEC=&HILITE=MORTALITY&LANG=E&SrchVer=&ChunkSize=50&SDDSLOC=//www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey%26SDDS=*%26lang=en%26db=imdb%26adm=8%26dis=2&ROOTDIR=CII/&RESULTTEMPLATE=CII/CII_PICK&ARRAY_PICK=1&SDDSID=&SDDSDESC=>.

6. Statistique Canada, *Canadian Community Health Survey, CANSIM Table 102-0026,* [*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Tableau CANSIM 102-0026*], Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2009. Consulté le 15 juillet 2009. Internet : <http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.EXE?Lang=E&ArrayId=01020026&Array_Pick=1&Detail=1&ResultTemplate=CII/CII_&__&RootDir=CII/&TblDetail=1&C2SUB=HEALTH>.

7. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Indicators 2009* [*Indicateurs de santé 2009*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

8. J. Tu et coll., « National Trends in Rates of Death and Hospital Admissions Related to Acute Myocardial Infarction, Heart Failure and Stroke, 1994-2004 », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 180, n° 13 (2009), p. E118-E125. Consulté le 13 juillet 2009. Internet : <http://ecmaj.com/cgi/reprint/180/13/E118>.

9. S. Capewell et M. O'Flaherty, « Trends in Cardiovascular Disease: Are We Winning the War? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 180, n° 13 (2009), p. 1285-1286. Consulté le 13 juillet 2009. Internet : <http://ecmaj.com/cgi/reprint/180/13/1285>.

10. H. Tunstall-Pedoe et coll., « Contribution of Trends in Survival and Coronary-Event Rates to Changes in Coronary Heart Disease Mortality: 10-Year Results From 37 WHO MONICA Project Populations. Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease », *The Lancet*, vol. 353 (1999), p. 1547-1557.

11. E. S. Ford et S. Capewell, « Coronary Heart Disease Mortality Among Young Adults in the U.S. From 1980 Through 2002: Concealed Levelling of Mortality Rates », *Journal of American College of Cardiology*, vol. 50 (2007), p. 2128-2132. Consulté le 6 juillet 2009. Internet : <http://content.onlinejacc.org/cgi/reprint/50/22/2128.pdf>.

12. S. Allender et coll., « Patterns of Coronary Heart Disease Mortality Over the 20th Century in England and Wales: Possible Plateaus in the Rate of Decline », *BMC Public Health*, vol. 8 (2008). Consulté le 23 juillet 2009. Internet : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2386471>.

Références

13. Statistique Canada, *2001 Census: Analysis Series. Aboriginal Peoples of Canada: A Demographic Profile* [*Recensement de 2001 : série « analyses ». Peuples autochtones du Canada : un profil démographique*], Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2003. Consulté le 14 juillet 2009. Internet : <http://www12.statcan.ca/english/census01/Products/Analytic/companion/abor/pdf/96F0030XIE2001007.pdf>.

14. Statistique Canada, *Canadian Community Health Survey CANSIM Table 105-0501* [*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Tableau CANSIM 105-0501*], Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2009. Consulté le 28 juin 2009. Internet : <http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/CNSMCGI.EXE?Lang=E&ArrayId=01050501&Array_Pick=1&Detail=1&ResultTemplate=CII/CII___&RootDir=CII/&TblDetail=1&C2SUB=HEALTH>.

15. Comité directeur de la Société canadienne du cancer, *Canadian Cancer Statistics 2009* [*Statistiques canadiennes sur le cancer 2009*], Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer, 2009. Consulté le 29 mai 2009. Internet : <http://www.cancer.ca/canada-wide/about%20cancer/cancer%20statistics/~/media/CCS/Canada%20wide/Files%20List/English%20files%20heading/pdf%20not%20in%20publications%20section/Stats%202009E%20Cdn%20Cancer.ashx>.

16. E. Ng, *Disability Among Canada's Aboriginal Peoples in 1991* [*L'incapacité chez les Autochtones du Canada en 1991*], Ottawa (Ont.) Statistique Canada, 1996. Consulté le 5 juillet 2009. Internet : <http://www.statcan.gc.ca/studies-etudes/82-003/archive/1996/2823-eng.pdf>.

17. M. Lemestra et C. Neudorf, *Health Disparity in Saskatoon: Analysis to Intervention*, Saskatoon (Sask.), Saskatoon Health Region, 2008. Consulté le 1er juillet 2009. Internet : <http://www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/documents/PHO/HealthDisparityRept-complete.pdf>.

18. Institut canadien d'information sur la santé, *Reducing Gaps in Health: A Focus on Socio-Economic Status in Urban Canada* [*Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.

19. Statistique Canada, « Income of Canadians », *The Daily* [« Le revenu des Canadiens », *Le Quotidien*], 3 juin 2009. Consulté le 22 juillet 2009. Internet : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/090603/dq090603a-eng.htm>.

20. P. Canning, M. Courage et L. Frizzell, *Mother Baby Nutrition Supplement Study: Summary Report*, St. John's (T.-N.-L.), Centre of Excellence for Children and Adolescents With Special Needs, Memorial University, 2007. Consulté le 13 juillet 2009. Internet : <http://www.coespecialneeds.ca/uploads/docs/mbnssummaryreport2.pdf>.

21. J. O'Loughlin et coll., « The "Yes, I Quit" Smoking Cessation Course: Does It Help Women in a Low Income Community Quit? », *Journal of Community Health*, vol. 22 (1997), p. 451-468.

22. Association canadienne du diabète, *Diabetes Report 2005: The Serious Face of Diabetes in Canada, Northwest Territories Background*, 2005. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.diabetes.ca/files/diabetesreport2005/backgrounders/NWT%20background%20-%20FINAL.pdf>.

23. Central Health, *Central Health Strategic Plan: April 1, 2008 to March 31, 2011*, St. John's (T.-N.-L.), Central Health, 2008. Consulté le 7 juillet 2009. Internet : <http://www.assembly.nl.ca/business/tabled/centralhealth_strategic08-11.pdf>.

24. P.E.I. Department of Health, *Chronic Disease Prevention and Management*, 2009. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://www.gov.pe.ca/health/index.php3?number=1020888&lang=E>.

25. A. Gogovor et coll., « Contemporary Disease Management in Quebec », *Healthcare Quarterly*, vol. 11 (2008), p. 30-37.

26. Gouvernement de la Saskatchewan, *Aboriginal Health Transition Fund*, 2009. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://www.health.gov.sk.ca/aboriginal-health-transition-fund>.

27. Santé Canada, *Chronic Disease Prevention and Management* [*Prévention et gestion des maladies chroniques*], Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2007. Consulté le 2 juillet 2009. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/prim/2006-synth-chronic-chroniques/index-eng.php>.

28. Manitoba Health, *Chronic Disease Prevention Initiative (CDPI)—Project Charter, Final Draft Document*, 2005. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://www.healthincommon.ca/wp-content/uploads/2008/04/CDPI-project-charter.pdf>.

29. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, *Chronic Disease Prevention and Management (CDPM)* [*Prévention et gestion des maladies chroniques (PGMC)*], 2009. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://www.gnb.ca/0053/phc/chronic_disease-e.asp>.

30. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et Ontario Ministry of Health Promotion, *Ontario Launches Diabetes Strategy: $741 Million Plan Will Make Patients Partners in Care*, 2008. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://www.health.gov.on.ca/english/media/news_releases/archives/nr_08/jul/diabetes_strategy_nr_final_20080722%20_4_.pdf>.

31. C. Sparks et S. Duke, *Yukon Diabetes Strategy Renewal: A Strategic Response to Diabetes 2009–2012*, Yukon, 2009. Internet : <http://www.yukondiabetes.ca/assets/files/A_Strategic_Response_to_Diabetes_-_Yukon_2009-2012_web.pdf>.

32. Unit for Population Health and Chronic Disease Prevention, *Nova Scotia Chronic Disease Prevention Strategy*, Halifax (N.-É.), Dalhousie University, 2003. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://www.gov.ns.ca/hpp/publications/CDP_Strategy_Report_Final_October30.pdf>.

33. Conseil canadien de la santé, *Why Health Care Renewal Matters: Lessons From Diabetes*, Toronto (Ont.), Conseil canadien de la santé, 2007. Consulté le 6 mai 2009. Internet : <http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2007/HCC_DiabetesRpt.pdf>.

34. Santé et Affaires sociales du Yukon, *Chronic Disease Program*, 2009. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://www.hss.gov.yk.ca/programs/insured_hearing/chronic_disease>.

35. Commission des déterminants sociaux de la santé, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health* [*Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé — rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*], Genève (Suisse), OMS, 2008. Consulté le 7 juillet 2009. Internet : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf>.

36. I. Crombie et coll., *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*, Copenhague (Danemark), Bureau régional de l'OMS, 2009. Consulté le 7 juillet 2009. Internet : <http://www.euro.who.int/Document/E87934.pdf>.

37. Health Inequalities Unit, *Tackling Health Inequalities: 2007 Status Report on the Programme for Action*, Londres (R.-U.), ministère de la Santé, 2008. Consulté le 7 juillet 2009. Internet : <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4008268?IdcService=GET_FILE&dID=10311&Rendition=Web>.

38. Gouvernement de l'Écosse, *Equally Well: Report of the Ministerial Task Force on Health Inequalities*, Édimbourg (Écosse), gouvernement de l'Écosse, 2008. Consulté le 1er juillet 2009. Internet : <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/229649/0062206.pdf>.

39. Gouvernement de l'Ontario, *Smoke-Free Ontario* [*Ontario sans fumée*], 2009. Consulté le 14 juillet 2009. Internet : <http://www.mhp.gov.on.ca/english/health/smoke_free/default.asp>.

Investissements majeurs pour le **financement de la santé**

Dépenses

1999

Budget annuel du gouvernement fédéral

- 11,5 milliards de dollars aux provinces et aux territoires sur cinq ans, particulièrement consacrés aux soins de santé (le nouvel investissement le plus important que ce gouvernement ait jamais fait)

2000

Ententes sur la réforme de la santé et sur le développement de la petite enfance

- 23,4 milliards de dollars de financement supplémentaire (comprend 500 millions de dollars à Inforoute Santé du Canada, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux [TCSPS], les réformes des soins de santé primaires, l'équipement diagnostique et thérapeutique et le développement de la petite enfance)

2003

Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé

- 36,8 milliards de dollars sur cinq ans dans le but d'améliorer l'accessibilité, la qualité et la durabilité du système public de soins de santé et d'accroître la transparence et la responsabilité en matière de dépenses de santé (inclut le TCSPS, le transfert visant la réforme des soins de santé, l'équipement diagnostique et médical ainsi que les programmes de santé fédéraux)

2004

Plan décennal des premiers ministres pour consolider les soins de santé

- 41,3 milliards de dollars sur dix ans en transferts accrus vers les provinces et les territoires pour les soins de santé (comprend le Transfert canadien en matière de santé [TCS], le transfert visant la réduction des temps d'attente et l'équipement diagnostique et médical)

2007

Budget annuel du gouvernement fédéral

- 612 millions de dollars aux provinces et aux territoires pour soutenir leur engagement à fournir des garanties sur les temps d'attente + 30 millions de dollars sur trois ans pour les projets pilotes sur les garanties de temps d'attente;
- 400 millions de dollars à Inforoute Santé du Canada

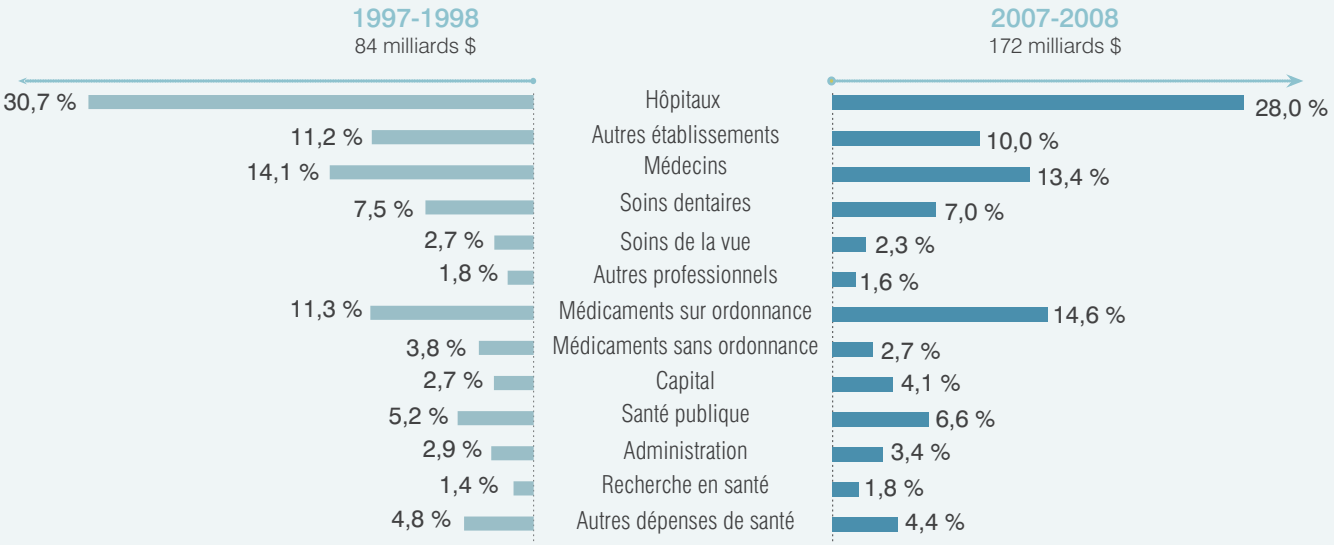
2009

Budget annuel du gouvernement fédéral

- 500 millions de dollars à Inforoute Santé du Canada pour les dossiers de santé électroniques (DSE)

Chapitre 3
Dépenses : montant, objet et bilan

Répartition des dépenses de santé par affectation de fonds, 1997-1998 et 2007-2008

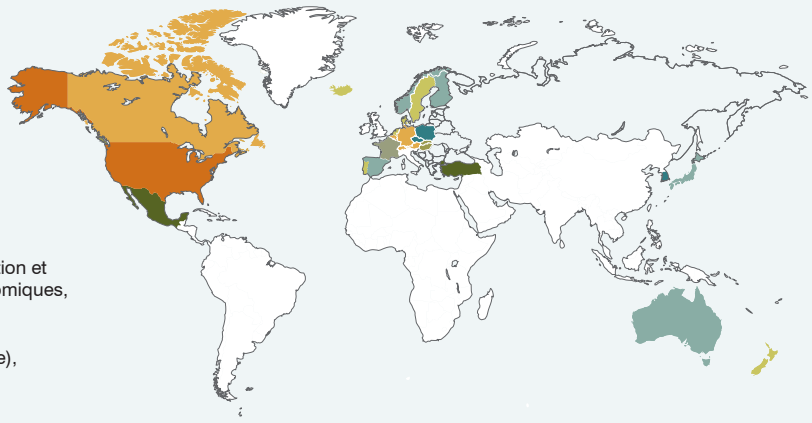


Les soins de santé occupent une place importante dans l'économie — plus de 10 % du PIB et environ 172 milliards de dollars par année au Canada[1].

Et ils n'ont jamais coûté aussi cher qu'au cours des dix dernières années, où les dépenses ont augmenté plus rapidement que jamais. Nous sommes loin du milieu des années 1990, quand les dépenses réelles par habitant ont diminué pendant quatre ans à la suite des réductions budgétaires des gouvernements.

Isolés, les chiffres ne sont pas très révélateurs, et il est facile de se sentir submergé par la quantité de données financières accessibles. Le présent chapitre explore comment l'argent est utilisé dans le secteur des soins de santé, comment les modèles de dépenses ont changé au cours des dix dernières années et, dans la mesure du possible, ce que cet argent a permis d'accomplir.

Figure 6. Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB dans 26 pays choisis de l'OCDE, 2007



États-Unis **16,0**
France **11,0**
Suisse‡ **10,8**
Allemagne **10,4**
Belgique‡ **10,2**
Autriche **10,1**
CANADA 10,1
Portugal* **9,9**
Danemark **9,8**
Pays-Bas‡ **9,8**
Islande **9,3**
Nouvelle-Zélande **9,2**
Suède **9,1**
Norvège **8,9**
Australie* **8,7**
Espagne **8,5**
Finlande **8,2**
Japon* **8,1**
Slovaquie **7,7**
Hongrie **7,4**
Luxembourg*‡ **7,3**
République tchèque **6,8**
Corée **6,8**
Pologne **6,4**
Mexique **5,9**
Turquie† **5,7**

Remarques
* Données de 2006.
† Données de 2005.
‡ Estimation.

Source
Organisation de coopération et de développement économiques, *Éco-Santé OCDE 2009 — données fréquemment demandées*, Paris (France), OCDE, 2009. Consulté le 29 juin 2009. Internet : <http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html>.

Montant des dépenses

Il est difficile de se représenter une somme de 172 milliards de dollars. Il s'agit incontestablement d'un montant énorme qui équivaut à :

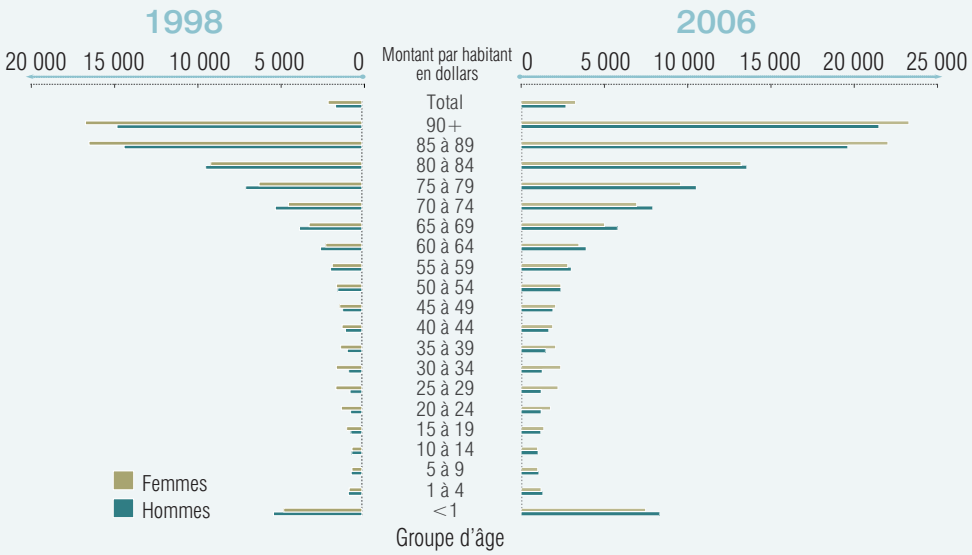
- 5 170 $ par personne, annuellement[1];
- près d'un demi-milliard par jour pendant une année;
- près de 60 % de plus qu'il y a dix ans (en dollars constants).

Parmi la vingtaine de pays les plus riches du monde, l'importance des dépenses et les modèles de croissance canadiens ne sont pas inhabituels. Les résultats varient selon l'année et la méthode de calcul, mais nous nous classons invariablement parmi les cinq à dix premiers pays en ce qui concerne la proportion du PIB consacrée aux soins de santé et aux dépenses de santé par habitant. La plupart des pays de l'OCDE[i] ont consacré des sommes énormes aux soins de santé au cours des dix dernières années. Nous avons dépensé beaucoup moins que les États-Unis et environ le même montant que les autres pays développés de notre rang économique.

Au cours des dix dernières années, le Canada semble toutefois avoir pris la tête du peloton en matière de discussion quant aux coûts et à la durabilité. Un des principaux facteurs motivant ces efforts réside dans la nature même du fédéralisme. Au Canada, les soins de santé relèvent principalement des provinces ou des territoires. Ils absorbent maintenant plus de 40 % de certains budgets provinciaux ou territoriaux. Les dépenses de santé ont augmenté plus rapidement que les revenus gouvernementaux. Les gouvernements et d'autres sources de données ont publié des projections qui montrent que les dépenses de soins de santé continueront d'augmenter[2-4]. Ne voulant pas devenir essentiellement, dans le pire des cas, des ministères de la Santé ayant des responsabilités supplémentaires, les gouvernements provinciaux et territoriaux accordent maintenant plus d'importance à l'efficacité, à la rentabilité et à la responsabilisation.

i. L'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) est composée de 30 pays et se consacre à la production de données hautement comparables dans les domaines économique, social et de la santé.

Figure 7. Dépenses totales de santé par habitant, selon l'âge et le sexe, Canada, 1998 et 2006



Remarque
Les données de 1998 et de 2006 sont exprimées en dollars constants.

Source
Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

Qui utilise les services de santé et dans quelle mesure

Chaque année, presque tous les Canadiens ont recours à certains services de santé. Le coût moyen par habitant de 5 170 $ est élevé, mais n'est pas typique. L'utilisation des soins de santé est distribuée de manière très inégale dans la population. Les citoyens atteints d'affections graves et ayant de grands besoins en matière de soins de santé coûtent des dizaines de milliers de dollars en services sur des périodes relativement courtes. Toutefois la plupart du temps, les gens ont besoin de soins mineurs dont le coût est loin d'atteindre la moyenne annuelle par habitant.

Comme il faut s'y attendre, les dépenses sont principalement dirigées vers les personnes âgées et celles qui sont en fin de vie. La figure 7 illustre les dépenses par habitant par groupe d'âge, qui augmentent de façon marquée après 70 ans. Ce phénomène est à la source de la croyance erronée, mais répandue, selon laquelle les besoins d'une population vieillissante entraînent inévitablement l'augmentation des dépenses et exercent des pressions intenables sur les ressources. Il s'agit d'un mythe qui persiste bien qu'il ait été clairement réfuté dans de nombreux ouvrages[5-7]. La population vieillissante, à elle seule, est responsable d'une hausse annuelle des dépenses de santé ne dépassant pas 1 %[8]. Le reste découle de l'augmentation des prix, de l'utilisation accrue de certains types de services et du recours à des services plus intensifs pour divers problèmes de santé.

Les dépenses sont également élevées dans deux catégories d'âge : les enfants qui en sont à leur première année de vie et les femmes enceintes. Parce que les femmes vivent plus longtemps, il y a plus de femmes que d'hommes parmi les personnes âgées, et les femmes utilisent par conséquent une plus grande proportion des fonds affectés à la santé dans les groupes d'âge avancé.

Les fonds sont-ils affectés en fonction des besoins? Oui, dans une certaine mesure. Les personnes en moins bonne santé utilisent plus

de soins de santé, et le faible revenu — associé à un mauvais état de santé — n'empêche pas l'utilisation des services du système public. À titre d'exemple, on compte 54 % plus d'admissions hospitalières par habitant liées à un AVC dans les quartiers dont le revenu moyen se trouve dans le dernier quintile que dans les quartiers au revenu du premier quintile[9]. Les personnes à faible revenu consultent leur médecin de famille plus souvent que les plus nanties[10]. Autrement dit, l'utilisation des soins de santé et les coûts sont inversement proportionnels au revenu et à l'état de santé. Fondamentalement, plus vous êtes riche, plus vous êtes en santé... et moins vous utilisez de soins de santé.

Néanmoins, il faut mettre un important bémol à ce raisonnement. L'utilisation des soins de santé varie beaucoup d'une région à l'autre selon les interventions. Dans certaines régions de l'Ontario, on effectue deux fois plus d'interventions au genou par habitant que dans d'autres, et le Québec se démarque des autres provinces par son faible taux de chirurgies au genou et à la hanche (voir le chapitre 4). Toutefois, étant donné que les fonds destinés aux soins de santé publique sont généralement affectés au Canada par région géographique, il est très peu probable que les dépenses globales par habitant entre les villes d'une même province enregistrent des variations énormes. La province qui dépense le plus sur les soins de santé consacre 23 % de plus par personne que la province qui dépense le moins. Par opposition, il existe des variations importantes dans les dépenses totales de santé par habitant aux États-Unis. Les personnes âgées de Miami utilisent trois fois plus de soins de santé que celles de Honolulu, et les personnes âgées de McAllen (Texas), deux fois plus que celles de Minneapolis[11]. Les études américaines n'ont décelé aucune différence dans les résultats ou dans la satisfaction des patients associés à ces caractéristiques très différentes d'utilisation des services[12].

Objet des dépenses

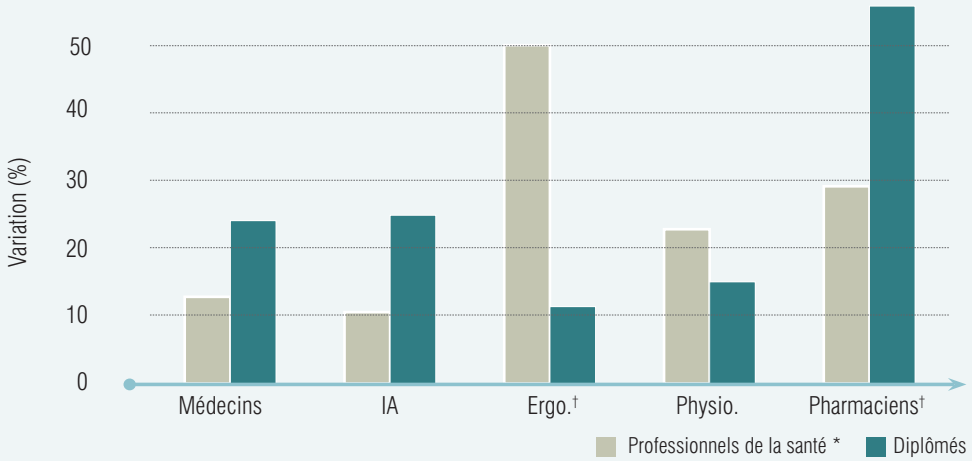
Les dépenses de santé permettent de payer pour des choses, souvent appelées *intrants* (du personnel, de l'équipement, des immeubles), *extrants* (interventions chirurgicales, consultations) et *résultats* (résultats pour la santé). Il existe de nombreuses façons de classer les intrants, mais deux prédominent : le personnel et les médicaments.

Le personnel

Deux grands thèmes interreliés ont marqué les ressources humaines de la santé au cours de la dernière décennie. L'un concerne l'augmentation constante du nombre de praticiens, une augmentation qui s'avère importante dans certaines disciplines, modeste dans d'autres; l'autre touche le débat constant sur la nature, l'étendue et les conséquences des pénuries de personnel et la façon d'y remédier.

Le nombre de professionnels actifs et de nouveaux diplômés a considérablement augmenté au cours des dernières années. Beaucoup plus de gens travaillent dans le domaine des soins de santé qu'il y a dix ans, et cette hausse est particulièrement observable dans les domaines de la chiropratique, de l'hygiène dentaire, du travail social et de l'ergothérapie. La croissance est plus faible chez les infirmières, qui constituent de loin le groupe le plus nombreux, et elle varie selon les catégories. De 2003 à 2007, le nombre d'infirmières auxiliaires autorisées (IAA) a augmenté de 15,9 %, le nombre d'infirmières autorisées (IA), de 6,9 %, tandis que le nombre d'infirmières psychiatriques autorisées (IPA) n'a pas augmenté (Ouest canadien seulement). Nous ne disposons pas encore de données exhaustives sur les inscriptions dans les établissements d'enseignement pour les trois dernières années, mais on constate une forte hausse dans l'inscription en soins infirmiers et en médecine

Figure 8. Variation en pourcentage du nombre de professionnels de la santé et de nouveaux diplômés dans des disciplines choisies, 1997 à 2006



Remarques

* La situation d'emploi des professionnels de la santé inclus dans cette figure varie. Les médecins (à l'exclusion des résidents), les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les pharmaciens sont définis comme « membres actifs », tandis que les IA sont définies comme « membres actifs à l'emploi ».

† Les données sur le nombre de « professionnels de la santé » en ergothérapie et en pharmacologie couvrent uniquement la période de 1997 à 2005 en raison de changements dans la méthode de collecte de données apportés en 2006.

Source

Institut canadien d'information sur la santé, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, de 1997 à 2006 — guide de référence*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.

particulièrement. Des programmes de recrutement outre-mer (international) ont également été mis sur pied, notamment en soins infirmiers[13].

Notez que les chiffres représentent le nombre de membres actifs selon les associations professionnelles et qu'il ne s'agit pas d'équivalents temps plein. Il n'existe pas de données systématiques sur la situation d'emploi, à savoir le travail occasionnel, à temps partiel ou à temps plein. Cependant, parmi les membres actifs de la profession qui compte le plus de personnel, les soins infirmiers, les employeurs ont priorisé l'augmentation du nombre d'emplois à temps plein, ce qui sous-entend que la croissance des dépenses de santé a donné lieu à une forte augmentation de l'effectif au cours de ces dix années.

Les chiffres seuls sont peu révélateurs. La vraie question est de savoir si le Canada disposera d'*assez* de dispensateurs de soins de santé. Selon les données sur l'offre de travailleurs de la santé dans les pays de l'OCDE, il n'existe pas de nombre « magique ». Par exemple, en 2007, le Canada comptait à peu près autant de médecins par 1 000 habitants que les États-Unis, mais moins que de nombreux pays européens. Par contraste, le Canada comptait plus d'infirmières praticiennes par 1 000 habitants que de nombreux autres pays — mais moins que les États-Unis. Malgré tout, depuis 1998, on accorde énormément d'attention à la « pénurie » imminente de médecins[14-16] et d'infirmières[17, 18] au Canada.

En matière de soins de santé, la signification de ce que nous percevons comme une pénurie n'est pas précise. Un tel phénomène pourrait découler de certains ou de l'ensemble des facteurs suivants :

- le nombre d'emplois dépasse le nombre de travailleurs qualifiés, d'où un taux constamment élevé de postes à pourvoir;
- des personnes qualifiées ont, pour diverses raisons, quitté la main-d'œuvre;
- le besoin de services croît plus rapidement que la capacité à y répondre;
- la capacité générale est suffisante, mais les ressources sont mal réparties (p. ex. on compte trop de ressources dans certains secteurs et pas assez dans d'autres);

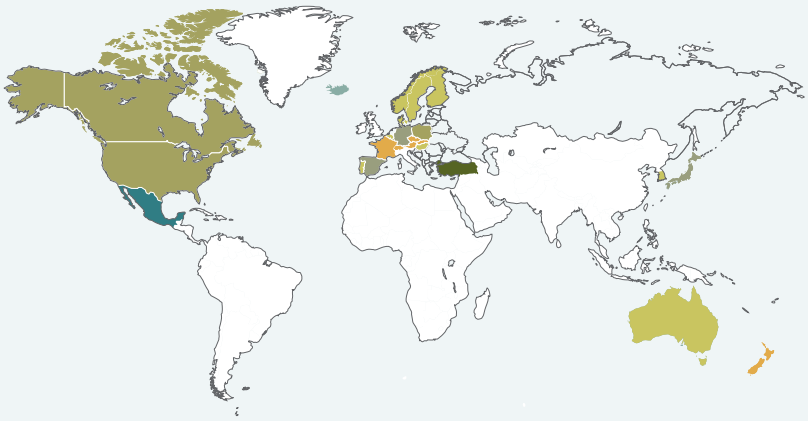
- la répartition du travail n'est pas efficace (p. ex. des infirmières font du travail qui pourrait être effectué par des infirmières auxiliaires autorisées, des médecins accomplissent des tâches qui pourraient être confiées à des infirmières praticiennes);
- le travail n'est pas organisé efficacement, ce qui entraîne des pertes de temps et de productivité (p. ex. l'impossibilité d'obtenir des consultations téléphoniques, des difficultés à trouver des ressources dans les services hospitaliers);
- les gens utilisent des services dont ils n'ont pas besoin (p. ex. dans bien des cas, il n'est pas nécessaire de subir un examen physique complet chaque année), ce qui crée un engorgement.

La planification et la projection sans comprendre entièrement lesquels des facteurs ci-dessus entrent en jeu pourraient ne pas résoudre le problème ou ne permettraient pas de le résoudre de façon efficace. De plus, les besoins en matière de santé et les options de prestation des services changent constamment. Une modélisation plus complexe montre comment les besoins anticipés peuvent changer radicalement si le système gagne en efficacité. Un rapport publié récemment indique qu'une augmentation annuelle de 1 % de la productivité des infirmières permettrait de diminuer de moitié la pénurie d'infirmières prévue d'ici 2022[19]. Selon les normes internationales, cet objectif est modeste : à ses premières étapes de mise en œuvre, le projet Releasing Time to Care[20] du Royaume-Uni a permis d'augmenter de jusqu'à 30 % le temps consacré aux soins directs des patients. Le programme a été introduit dans quelques provinces et territoires canadiens. Si cette mesure produit des résultats aussi satisfaisants qu'au Royaume-Uni, l'offre de *soins infirmiers* augmentera considérablement sans que le nombre d'*infirmières* ait augmenté.

Les analystes citent souvent deux autres causes potentielles de la pénurie projetée : le départ à la retraite imminent d'un grand nombre de baby-boomers et le désir d'atteindre un meilleur équilibre travail-vie personnelle dans certaines professions, notamment en médecine. À titre d'exemple, dans le Sondage national des médecins de 2007, plus de 6 % des médecins ont déclaré vouloir quitter leur profession, et 35 % ont dit vouloir réduire leur nombre d'heures de travail dans les deux prochaines années. (Par contraste, 8 % ont affirmé vouloir augmenter celui-ci.) Toutefois, moins de 1 % des médecins ont quitté leur travail dans l'année, et bien que 27 % aient réduit leur nombre d'heures de travail, 21 % l'ont *augmenté*[21]. L'intention ne mène pas toujours à l'action, et l'incertitude assombrit invariablement l'avenir. Il a toujours été difficile de planifier les ressources humaines de la santé parce que la seule constante dans le secteur est le changement.

Les suppositions formulées et les données consultées influent sur les décisions concernant le nombre de places dans les programmes d'enseignement ainsi que les pratiques, la réglementation et les objectifs relatifs au recrutement international. Les gouvernements ont considérablement augmenté le nombre d'inscriptions dans les programmes de sciences de la santé. La cohorte des étudiants de première année en médecine en 2008-2009 était 68,3 % supérieure à celle de 1998-1999[22]; en soins infirmiers, elle a augmenté de 51,4 % entre 1997[23] et 2007[24].

Figure 9. Dépenses publiques en médicaments en pourcentage du total des dépenses en médicaments[§] dans 24 pays choisis de l'OCDE, 2007



Luxembourg† **83,5**
Allemagne **75,9**
Espagne **72,7**
Japon* **71,7**
Slovaquie **69,1**
France **69,4**
Suisse‡ **67,6**
Nouvelle-Zélande **66,8**
République tchèque **66,0**
Autriche **65,3**
Hongrie **58,5**
Suède **58,1**
Belgique† **56,3**
Portugal* **55,9**
Danemark **55,8**
Finlande **55,1**
Australie* **55,0**
Corée **54,6**
Norvège **53,7**
Islande **44,8**
CANADA 38,0
Pologne **37,5**
États-Unis **31,4**
Mexique **21,2**

Remarques
* Données de 2006.
† Données de 2005.
‡ Estimation.
§ Comprend les données relatives aux médicaments vendus sur et sans ordonnance.

Source
Organisation pour la coopération et le développement économiques, *Éco-Santé OCDE 2009 — données fréquemment demandées*, Paris (France), OCDE, 2009. Consulté le 29 juin 2009. Internet : <http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html>.

Peu importe son efficacité générale, l'augmentation du nombre d'inscriptions dans les programmes d'enseignement ne constitue pas une solution à court terme parce qu'il faut plusieurs années pour former de nouveaux diplômés. Le plein effet des décisions prises aujourd'hui se verra dans les prochaines années et décennies. Par exemple, les médecins doivent réussir leur résidence et passer des examens avant d'être autorisés à exercer. L'augmentation du nombre d'inscriptions et l'accroissement des possibilités qui s'offrent aux diplômés internationaux en médecine (DIM) ont permis de hausser le nombre de résidents de première année de 58 %, en le faisant passer de 1 582 en 1999-2000 à 2 504 en 2008-2009[25]. Ce nombre grimpera considérablement au cours des prochaines années; le nombre d'étudiants en première année de médecine a atteint 2 653 en 2008-2009[26] et il continuera de croître, certaines écoles de médecine ayant déjà annoncé leur intention d'augmenter le nombre de places.

Le discours a déjà commencé à changer. Au début de 2009, Alberta Health Services a déclaré que les projections antérieures selon lesquelles il y aurait une grande pénurie d'infirmières étaient fausses[27]. Toute période prolongée de restriction des dépenses aura des répercussions sur le marché du travail, et il n'est pas exclu que les nouveaux diplômés de certaines professions éprouveront des difficultés à trouver un emploi à temps plein, comme cela a été le cas dans les années 1990.

Les médicaments

Globalement, les dépenses en médicaments sont celles qui connaissent la croissance la plus rapide dans le secteur des soins de santé : elles ont augmenté d'environ 136 % depuis 1998. Parmi les facteurs qui influent sur la croissance des dépenses, on compte le remplacement d'anciens médicaments bon marché par de nouveaux plus coûteux ainsi que l'utilisation accrue de certaines catégories de médicaments, notamment les médicaments de l'appareil cardiovasculaire[28].

Les caractéristiques et les politiques du Canada en ce qui concerne les dépenses en médicaments se démarquent à plusieurs égards. Premièrement, la proportion des dépenses en médicaments payée par le régime public est relativement petite.

Sur ce plan, le Canada s'est classé 21e parmi 24 pays de l'OCDE en 2007[29]. Deuxièmement, la couverture du prix des médicaments est inégale à l'échelle des populations. Certains Canadiens disposent d'une couverture relativement satisfaisante par le régime public d'assurance-médicaments — par exemple, les personnes âgées de certaines provinces[30] — alors que d'autres profitent d'une bonne couverture privée offerte dans le cadre du régime d'avantages sociaux de leur employeur. Toutefois, de nombreux Canadiens ne bénéficient que d'une couverture minime et doivent payer des franchises élevées. Troisièmement, les dépenses en médicaments varient de 55 % entre la province où elles sont les moins élevées (la Colombie-Britannique) et celle où elles sont les plus élevées (le Québec)[28].

La dernière décennie a été marquée par un progrès significatif, à savoir l'adoption d'une méthode mieux coordonnée d'évaluation des médicaments. Toutes les provinces et tous les territoires sauf le Québec participent au Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) et le soutiennent, sous les auspices de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). Le processus a pour but d'émettre des recommandations non exécutoires sur l'inclusion ou l'exclusion de médicaments dans les formulaires provinciaux. Le principe généralement admis est de considérer un « non » comme un « non » et un « oui » comme un « peut-être ». Les provinces suivent les recommandations du PCEM dans plus de 90 % des cas, d'où une grande uniformité à l'échelle nationale[31].

Services et technologie

L'argent consacré aux soins de santé a servi à payer pour un nouvel éventail de services au cours de la décennie (voir le chapitre 2 pour obtenir le détail de ces changements). Voici certains changements notables ayant eu des retombées financières majeures :

- **Utilisation des médicaments :** Comme nous l'avons vu plus haut, les dépenses augmentent rapidement en raison de l'apparition fréquente de nouveaux médicaments qui remplacent les anciens. Cependant, les responsables de l'élaboration des politiques, les administrateurs de régimes d'avantages sociaux, les médecins et les patients se demandent à quel point ces nouveaux médicaments sont plus efficaces que les anciens, et ce qu'il en coûte.
- **Capacités en matière d'imagerie diagnostique :** En matière d'imagerie diagnostique, les capacités se sont accrues au cours des dix dernières années. L'augmentation a été plus marquée pour les appareils d'IRM (plus de 300 %), suivis des appareils de TDM (71 %)[32].
- **Séjours à l'hopital :** Le nombre d'hospitalisations de plus de 24 heures continue de baisser depuis les dix dernières années, mais la durée des séjours a cessé de diminuer. Le passage de la chirurgie avec hospitalisation (dont le taux a diminué de 16,5 % au cours de la décennie) à la chirurgie d'un jour (dont le taux a augmenté de 30,6 %) a favorisé cette baisse de manière soutenue[33].

Ce que nous avons accompli

Environ la moitié de la hausse des dépenses de santé observée au cours des dix dernières années est attribuable à une combinaison de facteurs, soit la croissance démographique (14 %), le vieillissement de la population (11 %) et l'inflation (27 %)[7]. Ainsi, pour fournir les *mêmes* services de la *même* façon, il aurait fallu investir environ 130 milliards de dollars en 2008 comparativement à 85 milliards en 1998. En fait, nous avons dépensé 42 milliards de plus. Cet argent supplémentaire nous a permis de recruter plus de personnel et de nous procurer plus de technologies, d'innovations et de services. Alors, quels ont été les résultats?

Voilà la question à laquelle il est le plus difficile de répondre. L'état de santé des Canadiens est généralement bon, mais pas chez les personnes à faible revenu ni chez les Autochtones. Certains soins de santé sont sans conteste plus efficaces qu'auparavant — par exemple, la chirurgie cardiovasculaire — et des personnes qui seraient décédées il y a dix ou vingt ans vivent maintenant plus longtemps. Certaines interventions, telles que l'arthroplastie de la hanche ou du genou, peuvent réduire la douleur et la souffrance, ce qui améliore grandement la qualité de vie.

Cela dit, l'attribution des résultats pour la santé de la population aux dépenses de santé se heurte à cinq réalités importantes. Premièrement, les facteurs non médicaux, comme l'éducation, le revenu, le soutien social, la sécurité alimentaire et l'environnement, ont un plus grand effet sur l'état de santé des gens au cours de leur vie que les soins de santé. Deuxièmement, tout le monde doit mourir, et les Canadiens vivent déjà aussi longtemps que les autres dans le monde. Aucune somme d'argent ne permettra de dépasser les limites de la longévité humaine. Troisièmement, il nous est impossible de nous prêter à une expérience dans laquelle nous empêcherions un grand groupe de personnes d'avoir accès à des soins de santé et où nous offririons ces soins à d'autres personnes pour observer les différences d'évolution entre les deux groupes. Quatrièmement, à l'échelle internationale, le rendement lié à l'accroissement des dépenses de santé par habitant a chuté considérablement, d'environ 1 000 $ ou 1 500 $[34]. Finalement, notre santé s'autorégule — c'est-à-dire que nous guérissons souvent peu importe les soins que nous recevons — et certains problèmes de santé sont réfractaires aux soins (incurables).

En fin de compte, il s'agit d'une question d'*optimisation des ressources*, et le Conseil canadien de la santé a sérieusement essayé de clarifier la portée de ce terme et d'évaluer la relation entre les dépenses et les résultats[7]. Voici quelques-unes de ses conclusions :

- Dans les pays hautement industrialisés, les résultats pour la santé ne sont pas liés au nombre de médecins[35] et d'infirmières[36]. L'Italie compte 67 % plus de médecins par habitant que le Canada, mais l'espérance de vie des Italiens ne dépasse la nôtre que de six mois[29].
- Certains soins de santé sont inutiles, voire néfastes. On prescrit à des milliers de personnes âgées des médicaments qu'elles ne devraient jamais prendre[37]. De plus, une étude réalisée à Vancouver a révélé que la chirurgie de la cataracte avait *affaibli* la vue d'un quart des patients l'ayant subie[38].
- Certaines personnes auraient besoin de plus de soins, mais d'autres, moins.

Globalement, nous ne disposons pas d'information suffisamment détaillée pour relier avec certitude les dépenses de santé aux résultats pour la santé. Dans certains cas, l'innovation permet de réduire les coûts des soins de santé : une angioplastie coûte moins cher qu'un pontage aortocoronarien. Dans d'autres cas, l'innovation augmente les coûts : par exemple, la TDM et l'IRM sont maintenant utilisées pour examiner un plus grand nombre de symptômes. Les gouvernements fixent souvent des objectifs en ce qui concerne l'accès, mais non la qualité ni les résultats. Il n'est pas surprenant qu'un système coûtant 172 milliards de dollars soit imparfait. Toutefois, le manque d'information pour mesurer les retombées réelles des dépenses en matière de santé constitue une lacune importante.

Mesurer
les résultats pour la santé

L'analyse des résultats est nécessaire pour comprendre les résultats finaux des pratiques et interventions en santé et, à terme, les liens entre les caractéristiques des patients, les soins de santé et l'état de santé des patients. Afin d'explorer la faisabilité d'analyser les résultats pour la santé, l'Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada ont produit deux rapports en collaboration.

Les problèmes à l'horizon

Les données sur les dépenses de santé abondent. Nous disposons de nombreux moyens de savoir facilement combien d'argent est investi et dans quoi. L'interprétation des données est toutefois beaucoup plus difficile et controversée parce qu'il n'existe aucune méthode normalisée permettant de relier les volumes et l'activité aux résultats cliniques et aux résultats pour la santé de la population, pas plus qu'il n'existe de méthode permettant de comparer l'efficacité observée à l'efficacité « idéale » ou, autrement dit, d'évaluer l'optimisation des ressources. La seule chose qui ne fait aucun doute est que les coûts associés au système ont beaucoup augmenté au cours des dix dernières années : les Canadiens ont utilisé plus de soins de santé et plus de médicaments couteux; le nombre de médecins et d'infirmières peine à suivre la croissance de la population, tandis que celui d'autres professionnels de la santé augmente beaucoup plus rapidement; enfin, l'imagerie diagnostique est devenue chose courante.

Les développements les plus intéressants ont été observés dans le secteur des ressources humaines de la santé. Les dernières données disponibles, datant de 2006, montrent une augmentation de 25 % à 30 % du nombre de nouveaux diplômés comparativement à la décennie précédente. Ce nombre augmentera encore bientôt en médecine et en soins infirmiers parce que la hausse des inscriptions est beaucoup plus élevée que dans les autres secteurs; encore faut-il attendre que les nouveaux diplômés entrent sur le marché du travail. En somme, le nombre de nouveaux diplômés atteindra un sommet encore jamais vu et sera renforcé encore plus par l'arrivée d'un nombre sans précédent de travailleurs recrutés outre-mer.

Les effets de cette situation sur le système varieront selon un certain nombre de facteurs :

- **L'état de l'économie et le taux de croissance des dépenses de santé :** Les prochaines années promettent d'être mouvementées sur le plan fiscal, et les gouvernements seront aux prises avec des déficits et le besoin de restreindre les dépenses dans un contexte de récession

Résultats pour la santé : premier rapport

Le premier rapport sur les résultats, *Un cadre d'analyse des résultats pour la santé : études de cas sur le diabète et la dépression*, publié en juillet 2008, a mené à la création du nouveau cadre conceptuel des résultats pour la santé, qui oriente l'élaboration et l'analyse de données sur les résultats pour la santé à l'échelle de la population. Axés sur le diabète et la dépression, les résultats démontrent que la capacité des sources de données existantes à fournir de l'information sur les résultats des soins pour la santé est très limitée.

Résultats pour la santé : deuxième rapport

Le deuxième rapport de la série, *Les résultats des soins pour la santé : une question à laquelle il est temps de s'attaquer*, qui doit être publié en 2009, se penche sur les façons d'élaborer et d'améliorer des données axées sur les résultats. Fondé sur des initiatives et des études de cas canadiennes et internationales, le rapport propose des solutions à court et à long terme qui permettraient de mieux documenter les résultats des soins pour la santé au Canada.

mondiale. Si les dépenses de santé diminuent, ce qui est probable, nous peinerons à intégrer tout le nouveau personnel dans le marché du travail. Ce ne serait pas la première fois que cela se produit : il y a un peu plus de dix ans, les organismes de soins de santé licenciaient des travailleurs, et les nouveaux diplômés en soins infirmiers n'arrivaient pas à trouver d'emploi permanent.

- **Le taux de départ à la retraite au sein de la main-d'œuvre actuelle :** L'incertitude économique, la diminution des revenus de pension et la valeur réduite des portefeuilles risquent de changer les plans de retraite de nombreux travailleurs de la santé dans la cinquantaine et la soixantaine. Si les médecins, les infirmières et d'autres travailleurs retardent leur départ, ne serait-ce que de deux ou trois ans, les répercussions sur le système pourraient être importantes. Un taux de maintien en poste sensiblement plus élevé pourrait augmenter l'effectif encore plus que l'effet combiné du nombre accru de nouveaux diplômés et d'immigrants. Le personnel salarié atteint généralement son revenu le plus élevé en fin de carrière. Le report des départs à la retraite pourrait donc entraîner une augmentation momentanée des coûts, et le remplacement des travailleurs expérimentés par de nouveaux venus pourrait être retardé. Une étude manitobaine a révélé que les médecins âgés de plus de 50 ans facturent des prix plus élevés pour leurs services que leurs collègues plus jeunes[39]. S'ils continuent de travailler plus longtemps que prévu, une importante pression à la hausse sera exercée sur les dépenses totales parce que les nouveaux détenteurs de permis d'exercice de la médecine sont autorisés à facturer peu importe le nombre de départs à la retraite.
- **Les développements relatifs au champ d'activité et à la pratique interprofessionnelle conjointe :** Les nouvelles approches en matière de soins qui maximisent la capacité de l'ensemble des professionnels à mettre à profit toutes leurs connaissances, leurs compétences et leur expérience suscitent beaucoup d'intérêt. Moyennant des incitatifs intéressants, les

médecins de famille pourraient prendre en charge des cas actuellement orientés vers des spécialistes, tout comme les infirmières du secteur communautaire pourraient assumer plus de responsabilités dans la gestion des maladies chroniques, qui relève actuellement des médecins de famille, et les commis d'unité et infirmières auxiliaires autorisées pourraient effectuer des tâches dont les infirmières autorisées sont actuellement chargées. Tout changement important sur ces plans pourrait modifier considérablement le ratio de personnel nécessaire. Les étudiants en sciences de la santé qui ont été formés dans les cloisonnements conventionnels et selon les attentes d'aujourd'hui pourraient devoir affronter un monde considérablement différent lors de leur entrée sur le marché du travail dans quelques années.

Le plus grand enjeu pour la prochaine décennie est peut-être la vitesse avec laquelle on acceptera l'idée que l'amélioration de la qualité, la responsabilisation quant au rendement et la cybersanté sont essentielles à l'évolution du système. Si les politiques et les pratiques maintenant considérées comme d'avant-garde deviennent la norme, tout risque de changer, que ce soit la façon dont les gens travaillent, les outils qu'ils utilisent ou encore l'acceptation de l'innovation.

À quelques exceptions près, particulièrement quand de nouveaux fonds sont disponibles, les caractéristiques relatives aux dépenses de santé changent habituellement de manière progressive, et l'on observe généralement à la fois des périodes de croissance et de restriction en cours de route. L'importance de plus en plus grande accordée à la qualité suggère qu'il existe un potentiel de changement et elle pourrait contribuer à susciter cette transformation. Les changements rapides et à grande échelle risquent de modifier la structure des dépenses de santé, et les grandes forces économiques pourraient créer un nouveau sentiment d'urgence et un intérêt accru pour l'exploration de nouvelles manières d'aborder le financement.

1. Institut canadien d'information sur la santé, *National Health Expenditure Trends, 1975–2008* [*Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2008*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.
2. Ministère des Finances de l'Ontario, *Toward 2025: Assessing Ontario's Long-Term Outlook,* 2005. Consulté le 30 juin 2009. Internet : <www.fin.gov.on.ca/english/economy/ltr/2005/05_ltr.pdf>.
3. D. Mazankowski, *A Framework for Reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health*, Edmonton (Alb.), gouvernement de l'Alberta, 2001.
4. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Emerging Solutions: Report and Recommendations* [*Les solutions émergentes — rapport et recommandations*], Québec (Qc), gouvernement du Québec, 2000.
5. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Mythbusters—Myth: The Aging Population Will Overwhelm the Healthcare System* [*À bas les mythes — mythe : la population vieillissante submergera le système de soins de santé*], Ottawa (Ont.), FCRSS, 2002. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://www.chsrf.ca./mythbusters/pdf/myth5_e.pdf>.
6. Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, *Canada's Aging Population* [*Vieillir au Canada*], Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 2002.
7. Conseil canadien de la santé, *Value for Money: Making Canadian Health Care Stronger* [*La valorisation de l'argent : renforcer le système canadien de soins de santé*], Toronto (Ont.), CCS, 2009, p. 1-52. Consulté le 29 juin 2009. Internet : <http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2009/HCC_VFMReport_WEB.pdf>.
8. G. G. Brimacombe, P. Antunes et J. McIntyre, *The Future Cost of Health Care in Canada, 2000 to 2020: Balancing Affordability and Sustainability*, Ottawa (Ont.), Conference Board du Canada, 2001.
9. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Indicators 2009* [*Indicateurs de santé 2009*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.
10. L. L. Roos et coll., « Physician Visits, Hospitalizations, and Socioeconomic Status: Ambulatory Care Sensitive Conditions in a Canadian Setting », *Health Services Research*, vol. 40, n° 4 (2005), p. 1167-1185.
11. Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, *Darthmouth Atlas of Health Care*, Lebanon (New Hampshire), Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, 2009. Consulté le 29 juin 2009. Internet : <http://www.dartmouthatlas.org/data/download.shtm>.
12. E. S. Fisher et coll., « The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 2: Health Outcomes and Satisfaction With Care », *Annals of Internal Medicine*, vol. 138, n° 4 (2003), p. 288-298.
13. Institut canadien d'information sur la santé, *Regulated Nurses: Trends, 2003 to 2007* [*Infirmières réglementées : tendances, 2003 à 2007*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.
14. R. McKendry, *Physicians for Ontario: Too Many? Too Few? For 2000 and Beyond. Report of the Fact Finder on Physician Resources in Ontario (1999)*, 1999.
15. Association médicale canadienne, *The Facts About Canada's Doctor Shortage* [*Les faits sur la pénurie de médecins au Canada*], 2008. Consulté le 29 juin 2009. Internet : <http://www.moredoctors.ca/more_info/>.
16. M. Milke, *Canada's Doctor Shortage: Comparing Canada with the World*, Regina (Sask.), Frontier Centre for Public Policy, 2008, p. 1-8. Consulté le 29 juin 2009. Internet : <http://www.fcpp.org/pdf/FB61_DoctorF1.pdf>.
17. Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Planning for the Future: Nursing Human Resource Projections* [*Planifier pour demain : prévisons de ressources humaines en soins infirmiers*], Ottawa (Ont.), AIIC, 2002, p. 1-81. Consulté le 29 juin 2009. Internet : <http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/Planning_for_the_future_juin_2002_e.pdf>.
18. D. Spurgeon, « Canada Faces Nurse Shortage », *British Medical Journal*, vol. 320 (2000), p. 1030.

19. G. Murphy et coll., *Tested Solutions for Eliminating Canada's Nursing Shortage*, Ottawa (Ont.), Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2009, p. 1-70. Consulté le 29 juin 2009. Internet : <http://images.theglobeandmail.com/v5/content/pdf/RNShortageReportE0511.pdf>.

20. The Improvement Network East Midlands, *NHS Midlands Releasing Time to Care—October 2008*, 2008. Consulté le 29 juin 2009. Internet : <http://www.tin.nhs.uk/nhs-east-midlands-releasing-time-to-care/releasing-time-to-care---reports>.

21. Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *2007 National Physician Survey*, 2007. Consulté le 29 juin 2009. Internet : <http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/2007_Survey/Results/ENG/National/pdf/Final%20Posted%20National%20Level%20Table%20Set/NPS.2007.National.Results.Binder.Final.pdf>.

22. Association des facultés de médecine du Canada, *First Year Enrollment in Canadian Faculties of Medicine by Sex, 1968/69–2008/09* [*Inscriptions en première année aux facultés de médecine canadiennes selon le sexe, 1968/69-2008/09*], 2009. Consulté le 30 juin 2009. Internet : <http://www.afmc.ca/pdf/4-08-09FirstYearEnrol.pdf>.

23. Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association canadienne des écoles de sciences infirmières, *The National Student and Faculty Survey of Canadian Schools of Nursing 2001–2002* [*Enquête nationale sur les effectifs étudiants et professoraux des écoles canadiennes de sciences infirmières 2001-2002*], 2004. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Table5_2001_2002_e.pdf>.

24. Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association canadienne des écoles de sciences infirmières, *Nursing Education in Canada Statistics 2006–2007* [*Statistiques sur la formation d'infirmières et d'infirmiers au Canada, 2006-2007*], 2008. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Education_Statistics_Report_2006_2007_e.pdf>.

25. Association des facultés de médecine du Canada, *Annual Census of Post-M.D. Trainees, 2008–2009* [*Recensement annuel des stagiaires post-M.D. 2008-2009*], Ottawa (Ont.), AFMC, 2009, p. 1-145. Consulté le 29 juin 2009. Internet : <http://www.caper.ca/docs/pdf_2008-09_CAPER_Census.pdf>.

26. Association des facultés de médecine du Canada, *Canadian Medical Education Statistics, 2008* [*Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada 2008*], Ottawa (Ont.), AFMC, 2008, p. 1-178. Consulté le 29 juin 2009. Internet : <http://www.afmc.ca/pdf/cmes2008.pdf>.

27. J. Sinnema, « Nurse Shortage Turns Into Glut », *Edmonton Journal*, 30 mai 2009. Consulté le 29 juin 2009. Internet : <http://www.edmontonjournal.com/health Nurse+shortage+turns+into+glut/1646878/story.html>.

28. S. Morgan et coll., *The Canadian Rx Atlas, 2nd Edition*, Vancouver (C.-B.), Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, 2008. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://www.chspr.ubc.ca/rxatlas/canada>.

29. Organisation de coopération et de développement économiques, *OECD Health Data 2009—Frequently Requested Data* [*Éco-Santé OCDE 2009 — données fréquemment demandées*], Paris (France), OCDE, 2009. Consulté le 29 juin 2009. Internet : <http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html>.

30. V. Demers et coll., « Comparison of Provincial Prescription Drug Plans and the Impact on Patients' Annual Drug Expenditures », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178 (2008), p. 405-409.

31. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, *The CADTH Common Drug Review: Myths Versus Facts* [*Le Programme commun d'évaluation des médicaments de l'ACMTS : vrai ou faux?*], Ottawa (Ont.), ACMTS, 2009. Consulté le 10 août 2009. Internet : <http://www.cadth.ca/media/cdr/cdr-pdf/cdr_myths_facts_e.pdf>.

32. Institut canadien d'information sur la santé, *Medical Imaging in Canada, 2007* [*L'imagerie médicale au Canada, 2007*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.

33. Institut canadien d'information sur la santé, *Trends in Acute Inpatient Hospitalizations and Day Surgery Visits in Canada, 1995–1996 to 2005–2006* [*Tendances relatives aux hospitalisations en soins de courte durée et aux chirurgies d'un jour au Canada, de 1995-1996 à 2005-2006*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2007.

34. D. A. Leon, G. Walt et L. Gilson, « International Perspectives on Health Inequalities and Policy », *British Medical Journal*, vol. 322 (2001), p. 591-594.

35. The UC Atlas of Global Inequity, *Does Having More Doctors Extend Life Expectancy?*, Santa Cruz (Californie), University of California in Santa Cruz, 2009. Consulté le 29 juin 2009. Internet : <http://ucatlas.ucsc.edu/professional.php>.

36. D. E. Watson et K. M. McGrail, « More Doctors or Better Care? », *Healthcare Policy*, vol. 5, n° 1 (2009), p. 26-31.

37. M. Howard et coll., « Prescribing of Potentially Inappropriate Medications to Elderly People », *Family Practice*, vol. 21, n° 3 (2004), p. 244-247.

38. C. Wright, K. Chambers et Y. Robens-Paradise, « Evaluations of Indications for and Outcomes of Elective Surgery », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 167, n° 5 (2002), p. 461-466.

39. D. E. Watson et coll., « Family Physician Workloads and Access to Care in Winnipeg: 1991 to 2001 », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 171, n° 4 (2004), p. 339-342.

Accès aux soins :

Services de ligne téléphonique d'information sur la santé

Accès, capacité et besoins

1990
Québec
- Création de Info-Santé CLSC, un service téléphonique accessible en tout temps à tous les résidents du Québec

1997
Manitoba
- Health Links-Info Santé est créé

Nouveau-Brunswick
- Télé-Soins est créé à l'échelle de la province

2009
Nouvelle-Écosse
- HealthLink 811 est créé

2008
Colombie-Britannique
- BC NurseLine est renommé HealthLink BC — un ensemble de services téléphoniques

Yukon
- Yukon HealthLine-811 est créé — relié à HealthLink BC

Quebec
- Info-Santé devient Info-Santé 811 — un seul numéro à composer dans l'ensemble de la province

2006
Terre-Neuve-et-Labrador
- HealthLine est créé

2001
Ontario
- Télésanté Ontario est créé

Colombie-Britannique
- BC NurseLine est créé

2004
Northwest Territories
- Tele-Care NWT est créé

2003
Saskatchewan
- HealthLine est créé

Alberta
- HEALTHLink Alberta est créé

Chapitre 4
L'accès aux soins : un sujet complexe

L'accès est une des grandes questions soulevées dans les débats canadiens sur les soins de santé et influe sur notre appréciation du système en général.

À première vue, il pourrait sembler facile de fournir l'accès aux soins, qu'on définit souvent comme le fait d'« offrir un service adéquat au bon endroit et en temps opportun ». Cependant, comme le démontre le présent chapitre, la tâche est loin d'être simple.

Les temps d'attente constituent le point critique des questions concernant l'accès, et ont occupé une place importante dans les accords sur la santé de 2003[1] et de 2004[2]. L'accès était au cœur de l'affaire Chaoulli (2005), dans le cadre de laquelle la Cour suprême a décidé que l'attente excessivement longue invalidait l'interdiction par le gouvernement du Québec d'avoir recours à l'assurance privée pour obtenir des services médicalement nécessaires. Depuis, les gouvernements ont établi des objectifs et des garanties en ce qui a trait aux temps d'attente, et de nombreux groupes d'intérêt ont gardé le problème dans le champ d'attention des médias et de la population en général. Le présent chapitre examine les tendances de la dernière décennie en matière de temps d'attente et tente d'analyser comment l'attente est liée à la capacité et au besoin.

L'attente est source de préoccupation dans tous les systèmes de santé, et avec raison, mais elle ne devrait pas être le seul et unique critère d'évaluation de l'accès. Il faut également tenir compte des éléments suivants :

Le besoin : Si les patients attendent pour obtenir un certain type de service, on peut supposer que ce service est nécessaire. Toutefois, les besoins varient et peuvent poursuivre plusieurs objectifs, allant du diagnostic au traitement. Parfois, le besoin n'a pas pour but le traitement, mais la garantie, à savoir la consultation ou l'examen par IRM ou TDM qui confirme ou infirme un diagnostic. Il s'agit souvent d'une question de probabilité : si un médecin est à 98 % certain que le patient ne présente pas de tumeur, est-il obligé de commander un examen par TDM pour être certain à 100 %?

La pertinence : Cet élément désigne les circonstances dans lesquelles le traitement est justifié. On a prouvé que certaines interventions qu'on croyait autrefois utiles — par exemple, les chirurgies arthroscopiques du genou —

Soins de santé privés au Canada

Les soins de santé privés sont un concept difficile à comprendre. Par définition, « privé » signifie non gouvernemental. Dans ce cas, la plupart des soins de santé au Canada ont toujours été fournis de façon privée. L'interprétation controversée de la notion de « privé » est toutefois liée à deux phénomènes : le financement des services médicalement nécessaires (tel qu'il est défini par la *Loi canadienne sur la santé*) à l'extérieur du système public et la prestation de services médicaux par des cliniques à but lucratif appartenant à des investisseurs qui ne travaillent pas à l'intérieur de l'établissement (ce qui les distingue des médecins qui possèdent leur cabinet et y travaillent).

Il existe des idées fausses sur ce que les lois fédérales et provinciales autorisent et interdisent. Brièvement :

- Toutes les provinces permettent aux médecins d'exercer à l'extérieur du système public. En 2004, l'Ontario a promulgué une loi interdisant aux nouveaux médecins de quitter le système public, mais autorisant ceux qui avaient déjà décidé de renoncer à celui-ci de continuer à exercer[31].
- Cinq provinces (la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard) permettent aux médecins d'exercer à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du système public. Les autres ne le permettent pas. Trois provinces (le Manitoba, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse) n'autorisent pas aux médecins ayant quitté le système public de facturer à leurs patients des services à un tarif plus élevé que le tarif public[32].
- Cinq provinces (la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard) interdisent le recours à l'assurance privée pour obtenir des services couverts en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Le Québec faisait partie de cette catégorie jusqu'à ce que la Cour suprême juge cette interdiction illégale[32].
- Plusieurs provinces permettent aux établissements du système public de conclure des ententes avec les cliniques privées pour fournir des services couverts par le régime d'assurance public[32].

La Cour suprême met un nouveau bémol

Le 9 juin 2005, la Cour suprême du Canada a aboli une loi qui interdisait la vente d'assurances privées pour couvrir les services médicalement nécessaires au Québec. Elle fonda sa décision sur le fait que la loi violait le droit à la vie et à la sécurité de la personne garanti par la partie 1 de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*. Le cas a été soulevé par le médecin québécois Jacques Chaoulli au nom de son patient, George Zeliotis, un Montréalais de 73 ans qui a attendu un an pour une arthroplastie de la hanche. Après que deux tribunaux québécois eurent rejeté la cause, la Cour suprême, à quatre voix contre trois, s'est prononcée en faveur du plaignant. De plus, trois des juges majoritaires ont affirmé que la loi contre le recours à l'assurance privée enfreignait également la *Charte canadienne des droits et libertés*[33].

Par conséquent, le gouvernement du Québec permet maintenant aux résidents du Québec de se procurer une assurance privée pour couvrir une gamme restreinte de services — à ce jour, les arthroplasties de la hanche et du genou et la chirurgie de la cataracte[34]. Le Québec a également mis en œuvre des garanties sur les temps d'attente dans ces domaines. Néanmoins, aucune police d'assurance privée n'a été souscrite dans les deux ans suivant la décision[35], ce qui reflète l'expérience vécue dans les quatre provinces où le recours à l'assurance privée n'a jamais été interdit.

Des cliniques d'un bout à l'autre du pays

Les difficultés légales sont importantes, mais n'ont pas réellement freiné la mise sur pied de cliniques de soins de santé privés un peu partout au pays. Les soins de santé privés sont-ils très répandus au Canada? Il n'existe aucune source d'information détaillée à ce sujet, mais le secteur est en croissance, et l'activité est concentrée dans les quatre provinces les plus populeuses (l'Ontario, le Québec, la Colombie-Britannique et l'Alberta), où les établissements suivants ont par exemple ouvert leurs portes :

- des cliniques privées d'imagerie diagnostique (Ontario : 6, Alberta : 3, Colombie-Britannique : 5 et Québec : 11)[36];
- des centres privés de chirurgie offrant principalement des chirurgies de la cataracte, des chirurgies orthopédiques et des chirurgies cosmétiques[36];
- des cliniques médicales privées offrant des soins de santé primaires de qualité supérieure[36].

Alors où en sommes-nous? Le débat vise surtout à déterminer si le système public devrait autoriser, favoriser ou interdire la création de cliniques qui dispensent services couverts par le régime public d'assurance-maladie et qui génèrent aussi des revenus supplémentaires en commercialisant des services améliorés aux patients prêts à en payer les coûts[37].

La **télésanté** au Canada

Télésanté ou télémédecine?

Il n'existe aucune définition pancanadienne de la télésanté. En fait, les termes « télésanté » et « télémédecine » sont souvent utilisés de manière interchangeable. Santé Canada définit la télésanté comme l'application des télécommunications et de la technologie de l'information à la prestation de soins et de services de santé et la transmission d'information sur la santé sur de courtes ou de grandes distances[38].

Le terme « télésanté » est utilisé par toutes les provinces, à l'exception de l'Ontario, et dans le cadre de toutes les initiatives pancanadiennes. L'Ontario utilise le terme « télémédecine ».

Objectifs et avantages

Même si la télésanté peut être utilisée peu importe la distance, son principal rôle à valeur ajoutée est de faciliter l'accès aux soins de santé pour les personnes habitant en milieu rural ou éloigné. Pour ces gens, la télésanté offre de nombreux avantages, notamment :

- elle réduit le temps d'éloignement du domicile ou du travail;
- elle diminue les dépenses liées aux déplacements;
- elle permet au patient de recevoir des soins dans sa propre collectivité;
- elle accélère le temps de réponse pour les examens et les consultations;
- elle permet de consulter des spécialistes de manière individuelle.

n'étaient pas efficaces[3]. On a également démontré qu'un grand nombre de chirurgies dorsales n'étaient probablement pas bénéfiques pour les patients[4]. De plus, on a révélé que la chirurgie de la cataracte chez les patients atteints de difficultés visuelles mineures pouvait en fait diminuer leur qualité de vie[5].

Les conséquences de l'attente : Dans certains cas — par exemple, l'attente avant d'obtenir les résultats de biopsies pour un cancer ou de commencer un traitement —, les retards peuvent ne pas nuire au pronostic, mais causer beaucoup d'anxiété[6]. Dans d'autres cas, l'attente laisse les gens dans une grande douleur (comme c'est souvent le cas pour la chirurgie du genou ou de la hanche), diminue leurs capacités (chirurgie de la cataracte) ou accroît les risques de détérioration de la santé ou même de décès (chirurgie cardiaque et réparation de la hanche). Dans d'autres cas encore, l'attente est un désagrément ou un problème mineur, par exemple lorsqu'il faut attendre trois semaines avant de voir un médecin de famille.

Les facteurs géographiques : Les personnes habitant dans les régions rurales et éloignées du Canada vivent habituellement loin des cabinets de spécialistes et des grands établissements de santé. Le besoin de parcourir de longues distances pour recevoir un service constitue un obstacle pratique (et parfois financier) à l'accès. Les réseaux d'orientation ne sont peut-être pas aussi bien développés entre praticiens en milieu rural et spécialistes de la ville[7]. La télésanté et les autres technologies de communication ont été conçues pour pallier les problèmes géographiques empêchant l'accès aux soins.

En matière d'accès, l'expérience du patient est unique et dépend de circonstances personnelles — après tout, nous n'avons pas tous besoin simultanément de toutes les composantes d'un système de santé complexe. Si votre médecin de famille peut répondre à tous vos besoins, vous ne serez pas touché par la difficulté d'accéder aux services d'autres professionnels de la santé. Si vous avez des problèmes aux genoux, vous pourriez avoir à consulter des spécialistes, à subir des examens par imagerie médicale et une chirurgie et à utiliser des services de réadaptation. Les retards en cours de route pourraient susciter

Services

Les soins suivants sont offerts par la plupart des programmes de télésanté canadiens : les soins aux diabétiques, les services à domicile, les services de santé mentale et les soins obstétriques ou gynécologiques, oncologiques, pédiatriques, psychiatriques, radiologiques, de réadaptation, rhumatologiques ainsi que les soins des plaies.

Portée

La portée varie également d'une province à l'autre. Quatorze collectivités sont reliées au Yukon[39], et dix dans les Territoires du Nord-Ouest[40]. Le réseau de l'Ontario est le plus étendu : il comprend 615 sites répartis dans la province[41].

Croissance partout au pays

La télésanté s'est répandue dans le pays plus ou moins rapidement selon les régions. Le premier réseau provincial de télésanté au Canada a été inauguré en Nouvelle-Écosse en 1996[42]. D'autres provinces ont rapidement suivi : la Colombie-Britannique et le Nouveau-Brunswick en 1997[43, 44]; des projets pilotes ont été mis en œuvre dans les Territoires du Nord-Ouest en 1998[45] et en Saskatchewan en 1999[46]; le Nunavut a commencé la création de son réseau en 1999 et l'a terminée en 2004.

Dans quelques cas, la télésanté est apparue comme le prolongement d'une initiative existante. Terre-Neuve-et-Labrador, par exemple, utilisait depuis longtemps la télésanté dans le cadre du projet TETRA (Telehealth and Educational Technology Resource Agency) de l'Université Memorial quand, en 2004, la province a élaboré sa stratégie en matière de télésanté[47]. De même, le Réseau Télémédecine Ontario a été créé en avril 2006 afin de réunir trois réseaux préexistants : ConnexionSanté, NORTH Network et VideoCare[41].

Une organisation pancanadienne : Inforoute Santé du Canada

Depuis le 31 mars 2009, 47 projets de télésanté ont été subventionnés par Inforoute Santé du Canada, un organisme sans but lucratif financé par le gouvernement fédéral. Inforoute Santé du Canada travaille en collaboration avec les provinces et les territoires à mettre sur pied des projets qui répondent adéquatement à leurs besoins.

de l'anxiété, prolonger votre souffrance et, dans certains cas, nuire aux résultats des soins. La longueur de l'attente pour obtenir un lit dans les centres de soins infirmiers peut causer beaucoup de stress à la famille des patients.

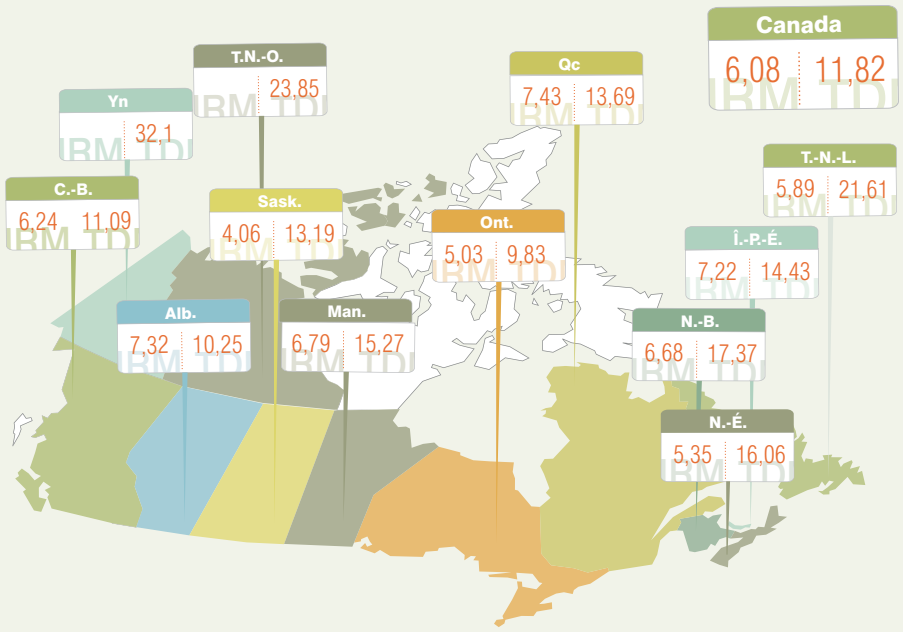
Bien que l'accès soit de nature multidimensionnelle, les données disponibles concernent principalement les temps d'attente pour certains types de soins. Nous ne pouvons pas évaluer avec justesse les tendances liées aux temps d'attente sans effectuer également le suivi du volume de services. Par exemple, si le volume augmente de façon significative et que les temps d'attente restent les mêmes, il peut s'agir d'un exploit. Si les temps d'attente diminuent et que plus de personnes sont envoyées en chirurgie, le volume et les temps d'attente pourraient augmenter par la suite. L'augmentation du volume de chirurgies n'est pas toujours un gage d'amélioration des résultats. Il faut également tenir compte de la pertinence des soins. Dans la section suivante, nous expliquons comment les temps d'attente ont évolué au cours des dix dernières années et, dans la mesure du possible, comment cette évolution est liée aux changements dans le volume et les résultats.

Soins primaires

Les médecins de famille contrôlent l'accès à la plupart des soins offerts par le système de santé public au Canada. Environ huit Canadiens sur dix (âgés de 12 ans et plus) voient leur médecin de famille au moins une fois par année[8]. De 2001 à 2007, le nombre de médecins de famille a augmenté, passant de 95 à 98 par 100 000 habitants. Néanmoins, le pourcentage de Canadiens ayant un médecin de famille est passé de 88 % à 85 %, variant de 74 % au Québec à 93 % en Nouvelle-Écosse en 2007[9]. Selon des enquêtes nationales, de nombreuses personnes éprouvaient encore des problèmes d'accès importants en 2007 :

- un Canadien sur six (de 15 ans et plus) a eu de la difficulté à accéder à des soins de santé de routine ou de suivi et à obtenir des renseignements ou des conseils sur la santé[10];
- un Canadien sur quatre a déclaré avoir de la difficulté à obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur[10];

Figure 10. Taux d'appareils d'IRM et de TDM par million d'habitants, par province ou territoire et au Canada, 2006-2007



Remarques
Les territoires ne comptent aucun appareil d'IRM.
Les appareils ont été dénombrés en date du 1er janvier 2007.
Le nombre comprend seulement les appareils qu'on a déclaré utiliser au moins 50 % du temps à des fins cliniques. Les appareils utilisés principalement pour la recherche et les appareils dont l'utilisation n'a pas été déclarée sont donc exclus.

Sources
Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale, Institut canadien d'information sur la santé et estimations démographiques de Statistique Canada pour 2007.

- un Canadien sur sept a signalé avoir attendu trois mois ou plus pour consulter un spécialiste en raison d'une nouvelle maladie ou d'un nouveau problème de santé[10].

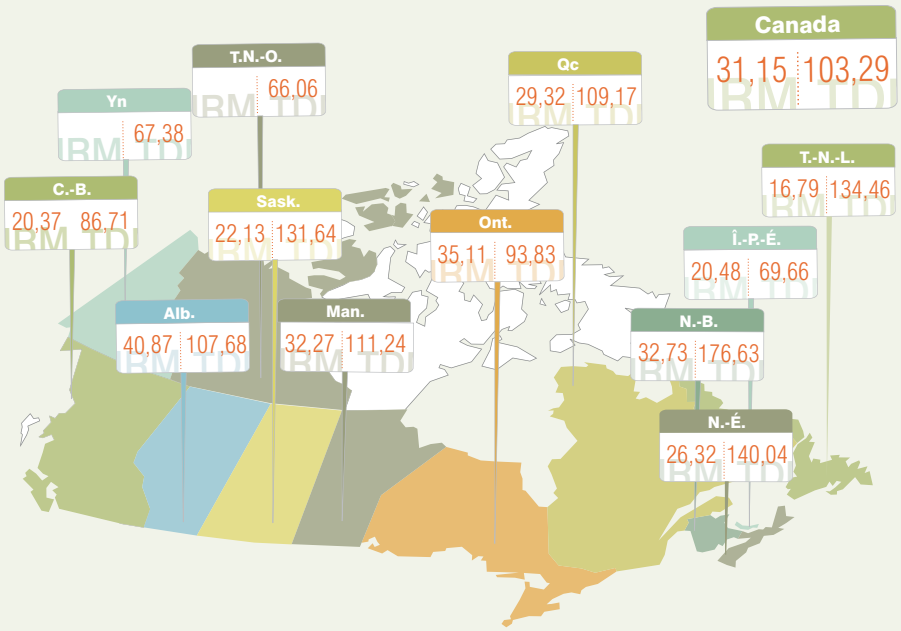
Malgré tout, la vaste majorité des adultes canadiens (96 %) atteints d'une des maladies chroniques courantes sélectionnées ont indiqué avoir accès à un endroit habituel de soins, comme le cabinet d'un médecin de famille ou une clinique sans rendez-vous. Plus des trois quarts (76 %) ont déclaré que la qualité des soins de santé primaires reçus dans les 12 mois précédents était soit « excellente » ou « très bonne ». De plus, 92 % des Canadiens ayant un endroit habituel de soins recommanderaient leur médecin à un ami ou à un membre de la famille[11].

Soins spécialisés

La facilité d'accès aux spécialistes varie plus que la facilité d'accès aux médecins de famille. La très grande majorité des spécialistes travaillent en région urbaine et dans les provinces les plus importantes. En comparaison, les temps d'attente pour la consultation de spécialistes au Canada sont longs : selon le sondage effectué par le Fonds du Commonwealth en 2008, 42 % des Canadiens atteints d'une maladie chronique ont attendu plus de deux mois avant de pouvoir consulter un spécialiste, comparativement à 33 % des habitants de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni et à 10 % des Américains[12]. Pour tous les Canadiens âgés de 15 ans ou plus, le temps d'attente médian pour consulter un spécialiste tournait autour de quatre semaines au cours de la période de 2001 à 2007[13].

Il est impossible d'établir un lien exact entre le nombre de spécialistes et le volume de services offerts ainsi que les temps d'attente. Les données sur le volume de services offerts ne sont disponibles que pour les spécialistes rémunérés à l'acte et, dans certaines provinces, comme en Nouvelle-Écosse, de nombreux spécialistes sont rémunérés selon d'autres méthodes. Les données disponibles montrent, par exemple, que la Nouvelle-Écosse compte 113 spécialistes par 100 000 habitants comparativement au Nouveau-Brunswick, qui en compte 86[14], mais que les spécialistes du Nouveau-Brunswick effectuent presque trois fois plus d'interventions[15]. La majorité des interventions pratiquées en Nouvelle-Écosse ne sont en réalité pas comptabilisées parce qu'elles sont effectuées par des spécialistes qui ne sont pas rémunérés à l'acte.

Figure 11. Taux d'examens par IRM et TDM par 1 000 habitants, par province ou territoire et au Canada, 2006-2007



Remarques
Les chiffres concernent l'exercice couvrant la période du 1er avril 2006 au 31 mars 2007.

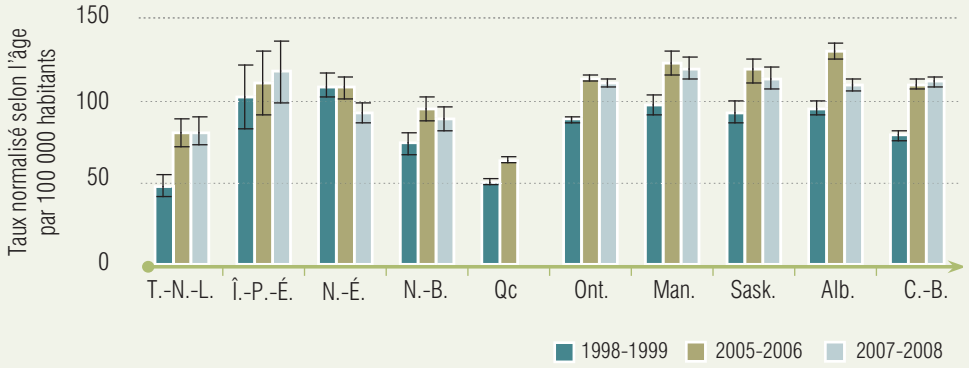
Sources
Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale, Institut canadien d'information sur la santé et estimations démographiques de Statistique Canada pour 2007.

Imagerie diagnostique

Le nombre d'appareils et d'interventions d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie (TDM) a considérablement augmenté au cours de la dernière décennie, au Canada et dans le monde entier. L'utilisation varie beaucoup d'un pays à l'autre. En 2006-2007, les Canadiens ont subi seulement environ 35 % du nombre d'examens par IRM et la moitié du nombre d'examens par TDM subis par les Américains, mais près du double du nombre d'examens par IRM et plus du triple du nombre d'examens par TDM subi par les Danois[16]. Cependant, même si les Canadiens ont subi plus d'un million d'examens de plus en 2006 qu'en 2003[16], l'attente médiane est restée la même, soit environ deux à trois semaines[10]. Nous avons également quelques données sur la variation de ces chiffres d'une province ou d'un territoire du Canada à l'autre.

- Bien que les taux d'examen par IRM et TDM varient considérablement selon la province ou le territoire, ils ne sont pas liés au nombre d'appareils par habitant. Il est clair que la technologie est utilisée de manière plus ou moins intensive selon la province ou le territoire[16].
- Comme il a été souligné au chapitre 1, l'utilisation de l'imagerie diagnostique a connu une croissance rapide au cours de la dernière décennie. Environ 55 % des Canadiens attendent moins d'un mois pour subir un examen par TDM et IRM (les données sont réunies avec les données sur l'angiographie), et 11 % attendent plus de trois mois[10]. Il semble y avoir une relation entre le taux d'utilisation et l'attente : le Nouveau-Brunswick et l'Alberta présentent des taux d'utilisation élevés et des temps d'attente un peu plus longs[16, 17].
- Nous ne disposons pas de données systématiques sur les incidences de l'utilisation accrue de ces appareils sur l'exactitude diagnostique, la gestion ou les résultats des soins.

Figure 12. Taux d'arthroplasties de la hanche par province, Canada



Remarques
Les taux incluent les personnes âgées de 20 ans et plus. Les données de 2007-2008 du Québec n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Les taux des territoires ne sont pas présentés en raison du faible nombre.

⊥ Les barres d'erreurs représentent l'intervalle de confiance à 95 %.

Source
Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2009*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009, p. 65.

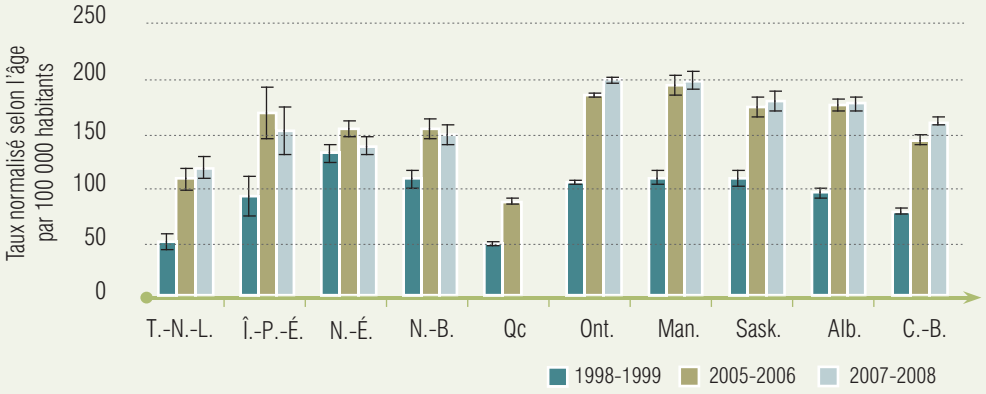
Chirurgie

Les temps d'attente en chirurgie sont un sujet délicat depuis au moins une décennie. Les préoccupations et les mesures prises ont visé quatre domaines : les arthroplasties de la hanche, les arthroplasties du genou, les chirurgies cardiaques et les chirurgies de la cataracte. Nous ne disposons pas de données normalisées sur les temps d'attente couvrant la décennie entière, mais nous en savons plus sur le volume d'interventions pratiquées au cours de la période de dix ans ainsi que sur les résultats des soins. Voici ce que nous savons des volumes, des temps d'attente et des résultats.

Arthroplasties de la hanche

- Les taux ont augmenté pendant la décennie, mais se sont stabilisés au cours des dernières années. La variation d'une province à l'autre s'est atténuée, mais le Québec continue de se démarquer significativement en raison d'un faible taux (voir l'encart, page 75).
- Les temps d'attente ont diminué au cours des dernières années, mais dans quatre provinces (l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et la Saskatchewan), moins de 75 % des patients subissent leur chirurgie dans le délai correspondant au point de référence de 182 jours[18]. Les temps d'attente varient beaucoup d'une province à l'autre. En Ontario, où l'attente est la moins longue, la moitié des arthroplasties de la hanche ont été effectuées dans un délai de 63 jours ou moins en 2008. En Nouvelle-Écosse, où l'attente est la plus longue, l'attente médiane était de 201 jours. Les temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche ont diminué au cours des trois dernières années dans les provinces où des données sur les tendances sont disponibles (l'Ontario, le Manitoba, l'Alberta et la Colombie-Britannique)[18].
- Aucun résultat n'est systématiquement déclaré à la suite d'une arthroplastie de la hanche.

Figure 13. Taux d'arthroplasties du genou par province, Canada



Remarques
Les taux incluent les personnes âgées de 20 ans et plus. Les données de 2007-2008 du Québec n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Les taux des territoires ne sont pas présentés en raison du faible nombre.

⊥ Les barres d'erreurs représentent l'intervalle de confiance à 95 %.

Source
Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2009*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009, p. 63.

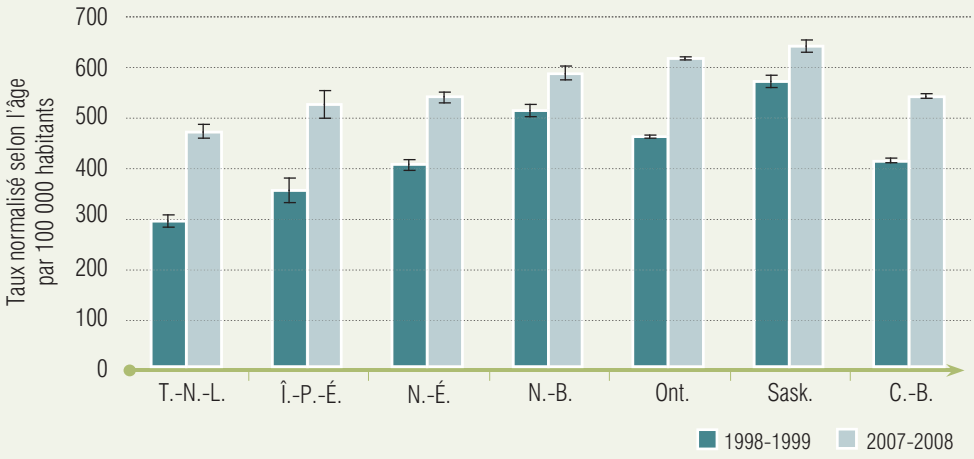
Arthroplasties du genou

- Les taux ont augmenté de façon marquée au cours de la décennie, mais, comme pour les arthroplasties de la hanche, ils se sont stabilisés au cours des dernières années et ont diminué dans certaines provinces. Les taux de l'Ontario et de l'Ouest canadien sont plus élevés que ceux observés dans l'Est, et le taux du Québec reste significativement plus bas que celui des autres provinces (voir la figure 13).
- Dans toutes les provinces où des données sur les tendances sont disponibles (l'Ontario et l'Ouest canadien), les temps d'attente baissent depuis les trois dernières années. Malgré cela, les temps d'attente dépassent encore les points de référence dans de nombreux secteurs. Seulement trois provinces (l'Île-du-Prince-Édouard, le Québec et l'Ontario) ont déclaré que plus de 75 % des patients avaient subi leur arthroplastie du genou dans un délai correspondant au point de référence recommandé de 182 jours[18].
- Aucun résultat n'est systématiquement déclaré à la suite d'une arthroplastie du genou.

Chirurgie cardiaque

- Le taux de pontage aortocoronarien a baissé pendant la période de dix ans, alors que le taux d'angioplastie a monté significativement avant de rechuter vers la fin de la décennie (voir le chapitre 2 pour obtenir plus de précisions)[19].
- Les sept provinces qui déclarent des renseignements sur les temps d'attente ont respecté le point de référence de 182 jours dans au moins 90 % des cas de pontage aortocoronarien, mais ces données incluent un certain nombre de catégories de soins d'urgence[18]. (Des travaux visant à favoriser la déclaration de données plus détaillées et significatives sur les temps d'attente pour ce type d'intervention sont en cours.) La disponibilité des données sur les temps d'attente pour l'angioplastie est limitée, et aucun point de référence n'a été établi pour l'ensemble du Canada.
- Les résultats pour la santé du cœur s'améliorent. Les taux de mortalité à l'hôpital continuent de diminuer (voir le chapitre 2).

Figure 14. Taux de chirurgies de la cataracte, provinces sélectionnées, Canada



Remarques
Les taux incluent les personnes âgées de 20 ans et plus. Le Québec, le Manitoba et l'Alberta ne sont pas présentés. Les données déclarées à l'ICIS ne sont pas assez complètes pour permettre le calcul des taux comparables. Les taux des territoires ne sont pas présentés en raison du faible nombre de données.

⊥ Les barres d'erreurs représentent l'intervalle de confiance à 95 %.

Sources
Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

Chirurgie de la cataracte

- Le nombre de chirurgies de la cataracte a augmenté dans toutes les provinces au cours des dix dernières années. Les taux de croissance ont été plus importants dans les provinces qui avaient déclaré de faibles taux en 1998-1999.
- Les temps d'attente pour les chirurgies de la cataracte ont diminué dans trois des quatre provinces disposant de données sur les tendances dans les trois dernières années (la quatrième n'a déclaré aucun changement). Cinq des huit provinces pour lesquelles des données sont disponibles ont indiqué qu'en 2008, environ 75 % ou plus des chirurgies de la cataracte avaient été pratiquées dans un délai correspondant au point de référence recommandé de 112 jours[18].
- Il n'existe pas de données systématiques sur les résultats concernant les chirurgies de la cataracte. Une étude canadienne publiée en 2002 a dévoilé une importante variation dans les capacités visuelles des patients avant la chirurgie de la cataracte, ainsi que dans le degré d'amélioration de la vue des patients après l'intervention[20]. Non sans provoquer de controverse, l'étude a révélé qu'un quart des patients avaient une qualité de vie (dans le contexte de la santé) moins bonne *après* l'intervention qu'avant.

Pourquoi aussi **peu d'arthroplasties** de la **hanche** et du **genou** sont-elles pratiquées au **Québec**?

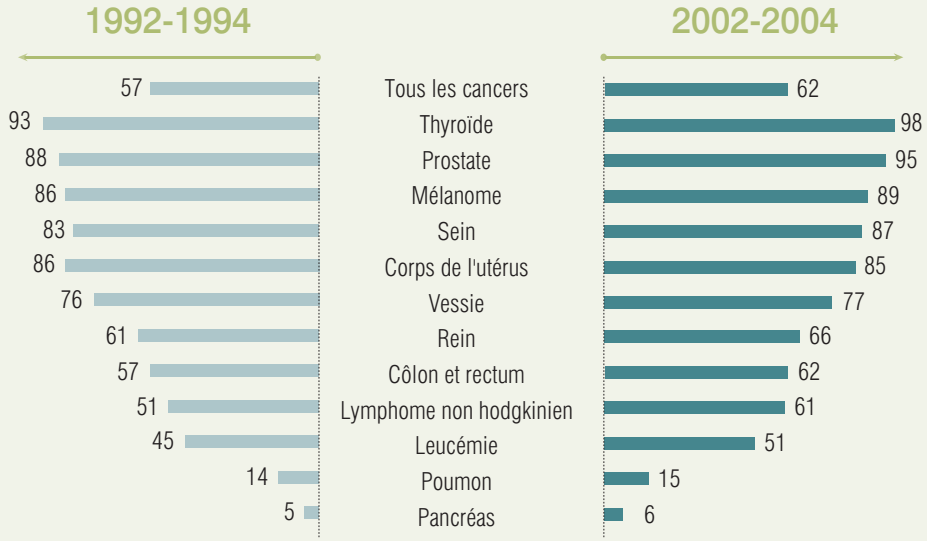
En 2005-2006, le taux d'arthroplasties de la hanche au Québec était de 64 par 100 000 habitants, un taux beaucoup plus bas que la moyenne nationale. Le taux d'arthroplasties du genou au Québec était de 85 par 100 000 habitants — ce qui est encore une fois beaucoup moins élevé que la moyenne nationale et qui équivaut à environ la moitié des taux manitobain (190), ontarien (181), albertain (173) et saskatchewanais (171). Qu'est-ce qui justifie ces différences?

- Une population en meilleure santé : ce facteur peut expliquer partiellement le phénomène. Le Québec présente un taux de prévalence autodéclaré d'arthrite, de rhumatisme et d'obésité parmi les plus bas comparativement aux autres provinces[48, 49].
- Un moins grand nombre de chirurgiens orthopédiques pratiquant ces chirurgies : c'est faux — le Québec compte un nombre représentatif de chirurgiens orthopédiques[14].
- De longues attentes, ce qui suggère la présence de besoins insatisfaits : c'est faux — la proportion de patients québécois dont la chirurgie est réalisée à l'intérieur du délai correspondant au point de référence national est plus élevée que la proportion déclarée par de nombreuses autres provinces[18].
- Moins de chirurgies orthopédiques pratiquées en général : encore une fois, ce n'est pas le cas. Le taux global de chirurgies orthopédiques effectuées au Québec est comparable à celui d'autres provinces[15].
- Un accès plus difficile aux interventions lorsque la vie n'est pas en danger : ce facteur peut expliquer partiellement le phénomène. Le Québec compte la plus grande proportion de personnes ayant déclaré des besoins insatisfaits en matière de santé[50].
- Une plus grande utilisation des médicaments plutôt que de la chirurgie pour soulager la douleur : c'est faux. Selon Morgan et coll.[51], les Québécois dépensent *moins* par habitant pour se procurer des médicaments contre la douleur que les résidents des autres provinces, particulièrement dans les groupes d'âge avancé.
- Des différences dans la méthode de collecte des données : la collecte de données sur les chirurgies réalisées en milieu hospitalier est obligatoire au Québec, comme dans le reste du pays. Même si les méthodes de collecte des données peuvent varier légèrement d'une province à l'autre, cela n'explique pas l'écart entre les taux.

La raison pour laquelle le Québec effectue moins d'arthroplasties de la hanche et du genou demeure en quelque sorte un mystère.

Figure 15.

Rapport estimatif de survie relative sur cinq ans normalisé selon l'âge (%) pour les deux sexes combinés et pour certains cancers, Canada (à l'exclusion du Québec), 2002-2004 vs 1992-1994



Remarques

Les chiffres ne comprennent pas les données du Québec, entre autres parce que sa méthode de vérification de la date du diagnostic du cancer diffère de celle utilisée dans les autres provinces et territoires et en raison de questions liées à la détermination de la situation familiale exacte des cas.

Les chiffres ne comprennent pas les données de l'Ontario, qui ne signale pas actuellement les cas de cancer in situ de la vessie. « Corps de l'utérus » ne comprend pas « utérus sans précision »; « côlon et rectum » ne comprend pas « anus ».

Source

Comité directeur de la Société canadienne du cancer, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2009*, Toronto (Ont.), SCC, 2009, p. 61.

Radiothérapie contre le cancer

- Le délai recommandé correspond au point de référence de 28 jours à partir du moment où le patient est prêt à recevoir le traitement. Au moins 80 % des patients en radiothérapie atteignent l'objectif dans toutes les provinces. Dans plusieurs provinces, bien au-delà de 90 % des patients sont traités à l'intérieur du délai correspondant au point de référence[18].
- Les données recueillies sur les résultats à long terme des traitements contre le cancer sont parmi les plus complètes, toutes catégories de maladies confondues. Le taux de survie après cinq ans a légèrement augmenté au cours de la dernière décennie pour la plupart des types de cancer (voir la figure 15)[21].

Efforts visant à améliorer l'accès

Le premier rapport détaillé à avoir défini les problèmes liés aux temps d'attente et à avoir proposé des solutions a été publié en 1998[22]. Depuis, beaucoup d'efforts ont été consacrés à quantifier et à résoudre les problèmes liés aux temps d'attente. Plus précisément, à l'automne 2004, les premiers ministres ont fait de l'accès en temps opportun à des soins de qualité le principal objectif de leur programme commun et ont investi 4,5 milliards de dollars dans le Fonds pour la réduction des temps d'attente au cours de la période allant de 2004-2005 à 2009-2010[23]. De nombreuses stratégies visant à mieux mesurer et gérer les temps d'attente ont été mises en place au cours des dix dernières années, à savoir :

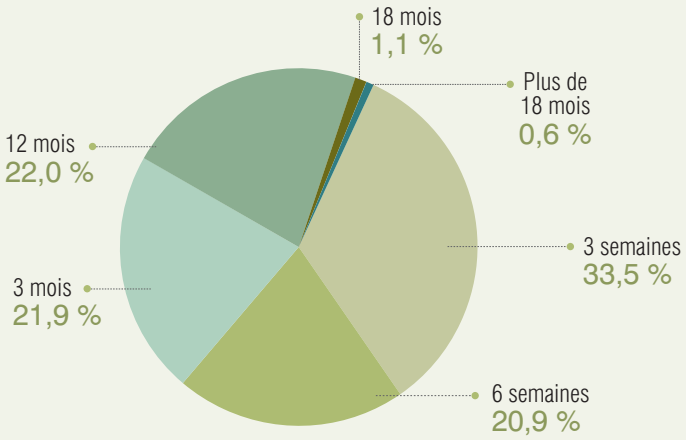
- La réduction des retards par le financement d'interventions supplémentaires dans cinq domaines définis comme des priorités : le cancer, le cœur, les remplacements articulaires, la restauration de la vue et l'imagerie diagnostique.

- L'élaboration de protocoles permettant d'établir un ordre de priorité dans les listes d'attente : les membres du projet Western Canada Waiting List (WCWL) ont été les premiers à travailler sur la question. Grâce à leurs efforts, des systèmes de gestion des temps d'attente ont vu le jour dans de nombreuses provinces (par exemple, le Saskatchewan Surgical Care Network et la Stratégie de réduction des temps d'attente de l'Ontario).
- L'élaboration de définitions permettant de mesurer les temps d'attente dans toutes les provinces, sauf au Québec : ces définitions formeront la base pour des données comparables sur les temps d'attente en ce qui concerne les professionnels de la santé et les interventions diagnostiques et thérapeutiques.
- Les gouvernements ont conjointement commandé une recherche dirigée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) afin de définir des points de référence à l'égard des temps d'attente, à savoir des délais qui, selon les données cliniques, seraient appropriés pour une intervention en particulier. Plusieurs autres groupes, dont l'Alliance sur les temps d'attente (regroupant des sociétés de spécialité médicale), ont continué de recommander des points de référence pour diverses affections et interventions cliniques.
- La collecte et la déclaration de données sur les temps d'attente à l'aide de registres provinciaux des temps d'attente et de sites Web accessibles au public : ces sites améliorent la transparence et permettent aux patients et aux dispensateurs de soins de santé de vérifier dans quels établissements les temps d'attente sont les plus courts.
- La mise sur pied de nouveaux centres d'excellence pour le remplacement articulaire (p. ex. l'Alberta Hip and Knee Joint Replacement Project) et l'extraction de la cataracte (p. ex. la clinique Kensington en Ontario) : ces centres sont conçus pour améliorer la coordination des soins offerts aux patients et idéalement raccourcir les temps d'attente.
- L'introduction de la théorie des files d'attente dans la méthode de gestion des temps d'attente : les modèles de file d'attente aident à harmoniser la demande et la capacité d'améliorer le processus et à éliminer les goulots d'étranglement pour les patients[24]. Par exemple, les débordements dans les services d'urgence résultent souvent du manque de lits dans les services médicaux et chirurgicaux. Une meilleure modélisation des besoins et des processus peut efficacement réduire les débordements.
- L'introduction d'un modèle de prise de rendez-vous avec accès préalable dans les services cliniques : cette méthode de prise de rendez-vous présuppose que la demande quotidienne de consultation est prévisible si la clientèle est assez importante. En laissant environ deux tiers des plages de rendez-vous libres, les professionnels de la santé peuvent habituellement servir leurs patients le jour de leur appel. Au Canada, certaines cliniques ont adopté le modèle de prise de rendez-vous avec accès préalable et ont obtenu d'excellents résultats[25-27].

Les problèmes à l'horizon

Le Canada a mis l'accent sur la réduction des temps d'attente pendant la majeure partie de la dernière décennie. Dans plusieurs domaines, les temps d'attente ont diminué à mesure que les volumes de services augmentaient, ce qui laisse entendre que l'accès s'est amélioré. Dans les cas où les retards pouvaient s'avérer nuisibles, voire même fatals, les efforts visant à réduire les

Figure 16. Temps d'attente pour toutes les chirurgies réalisées au Nouveau-Brunswick du 1er janvier au 31 mars 2009



Source
Registre provincial de l'accès aux soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

temps d'attente se sont révélés très fructueux. Bien que la situation varie d'une province à l'autre, en général, les patients en orthopédie sont ceux qui attendent le plus longtemps.

Les variations dans les temps d'attente restent un problème fondamental. Généralement, pour la plupart des interventions non urgentes, la moitié des patients attendent de quatre à cinq semaines environ[10]. Cependant, certains attendent beaucoup plus longtemps et d'autres, presque pas. La répartition des temps d'attente pour toutes les chirurgies effectuées au Nouveau-Brunswick est un bon exemple : dans cette province, plus de la moitié des patients subissent leur chirurgie non urgente dans un délai de six semaines, mais près du quart attendent un an ou plus[29].

Si la grande majorité des gens attendaient le temps médian quelle que soit l'intervention à subir, les temps d'attente cesseraient probablement d'être un problème important au Canada. Les cas qui attirent l'attention sont généralement les temps d'attente très longs, et la population peut les interpréter comme étant typiques plutôt qu'exceptionnels. Le National Health Service (NHS) du Royaume-Uni a choisi de s'attaquer au problème en se fixant un objectif ferme de 18 semaines maximum entre le moment de la recommandation et l'exécution de toute intervention, et a atteint son but[30]. Pour ce faire, il a dû mettre en place des méthodes normalisées de gestion des listes d'attente pour l'ensemble du système.

Comme il a été souligné tout au long de ce chapitre, dans plusieurs cas, des données sur les résultats pour la santé ne sont pas systématiquement recueillies à la suite des chirurgies, et il est possible de réduire les temps d'attente sans améliorer les résultats pour la santé. En observant d'autres secteurs de soins, on constate qu'il existe à la fois une surutilisation et une sous-utilisation des services de santé. La prochaine étape consistera peut-être à établir une relation plus explicite entre la gestion des temps d'attente et la pertinence ainsi que les résultats des soins pour la santé.

Tableau 2. Pourcentage des patients ayant été traités dans des délais correspondant aux points de référence, d'avril à décembre 2008

Le tableau 2 illustre dans quelle mesure les provinces ont réussi à respecter les points de référence en matière de temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires définis en 2004. Il démontre les efforts faits par les provinces dans le but de fournir de l'information sur les temps d'attente, mais confirme également que le rendement continue de varier d'une catégorie de traitement et d'une province à l'autre. Le nombre d'interventions pratiquées dans d'autres domaines que les domaines prioritaires continue de croître depuis 2004, ce qui indique que le système a pu effectuer un nombre croissant d'interventions relevant des domaines prioritaires en matière de temps d'attente sans réduire le nombre d'interventions chirurgicales réalisées pour d'autres raisons[28].

	Oncologie — traitement par radiation	Pontage aortocoronarien	Arthroplastie de la hanche	Arthroplastie du genou	Chirurgie de la cataracte†
Points de référence sur les temps d'attente	Traitement dans les 4 semaines (28 jours) à partir du moment où le patient est prêt	Chirurgie dans les 26 semaines*	Chirurgie dans les 26 semaines (182 jours)	Chirurgie dans les 26 semaines (182 jours)	Chirurgie dans les 16 semaines (112 jours)
T.-N.-L.	85 %	95 %	79 %-100 %	67 %-100 %	29 %-100 %
Î.-P.-É.	100 %	n.d.	71 %	75 %	60 %
N.-É.	s.o.	n.d.	45 %	46 %	75 %
N.-B.	94 %	95 %	66 %	55 %	74 %
Qc	79 %-100 %	n.d.	90 %	86 %	n.d.
Ont.	90 %	100 %	90 %	85 %	88 %
Man.	99 %	96 %	80 %	71 %	77 %
Sask.	81 %	98 %	56 %	37 %	84 %
Alb.	s.o.	99 %	77 %	72 %	71 %
C.-B.	95 %	91 %	78 %	71 %	78 %

Remarques

n.d. : Données non disponibles sur les points de référence.

* D'après le point de référence pancanadien, la chirurgie doit avoir lieu dans un délai de 2 à 26 semaines, selon le degré d'urgence. Comme les degrés d'urgence ne font pas l'objet de consensus sur les définitions, le point de référence est utilisé pour tous les niveaux de priorité.

† D'après le point de référence pancanadien, la chirurgie doit avoir lieu dans un délai de 16 semaines pour les patients à risque élevé. Comme la notion de « risque élevé » ne fait pas l'objet d'un consensus sur une définition, le point de référence est utilisé pour tous les niveaux de priorité.

Il n'existe aucun point de référence pancanadien pour les angioplasties et les examens par IRM et par TDM.

Le temps d'attente a été défini comme le nombre de jours d'attente entre la date à laquelle le chirurgien a décidé de traiter le patient et la date à laquelle l'intervention complète prévue a été réalisée.

Population : adultes (18 ans et plus); exclut les cas urgents; inclut tous les niveaux de priorité.

Source

Institut canadien d'information sur la santé, *Tableaux sur les temps d'attente — une comparaison par province 2009*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

Références

1. Santé Canada, *2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal* [*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*], Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 2006. Consulté le 20 juillet 2009. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-eng.php>.

2. Santé Canada, *A 10-Year Plan to Strengthen Health Care, First Ministers' Meeting on the Future of Health Care 2004* [*Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé 2004 : un plan décennal pour consolider les soins de santé*], Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2006. Consulté le 20 juillet 2009. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php>.

3. W. Laupattarakasem et coll., « Arthroscopic Debridement for Knee Osteoarthritis », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 1 (2008), p. CD005118.

4. W. C. Peul et coll., « Surgery Versus Prolonged Conservative Treatment for Sciatica », *New England Journal of Medicine*, vol. 356, n° 22 (2007), p. 2245-2256.

5. D. Morris, S. G. Fraser et C. Gray, « Cataract Surgery and Quality of Life Implications », *Clinical Interventions in Aging*, vol. 2, n° 1 (2007), p. 105-108.

6. E. V. Lang, K. S. Berbaum et S. K. Lutgendorf, « Large-Core Breast Biopsy: Abnormal Salivary Cortisol Profiles Associated With Uncertainty of Diagnosis », *Radiology*, vol. 250, n° 3 (2009), p. 631-637.

7. NOW Alliance, *2004 Rural Health Plan*, 2004. Consulté le 27 juillet 2009. Internet : <http://www.nowalliance.ca/cont/rhap.pdf>.

8. Statistique Canada, *Canadian Community Health Survey 2005, CANSIM Table 105-0461* [*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, Tableau CANSIM 105-0461*], 2007. Consulté le 15 juillet 2009. Internet : <http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?regtkt=&C2Sub=&LANG=E&C2DB=PRD&C2USER=&C2PASS=&C2APASS=&C2USEWRK=&SDDSLOC=//www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/*.htm&ROOTDIR=CII/&VEC=&RESULTTEMPLATE=CII/CII_ASUM&ARRAY_SUMM=1&SDDSID=&DRILLFILE=&ARRAYID=1050461>.

9. Statistique Canada, *Canadian Community Health Survey 2001–2007, CANSIM Table 105-3024* [*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001-2007, Tableau CANSIM 105-3024*], 2009. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?regtkt=&C2Sub=&LANG=E&C2DB=PRD&C2USER=&C2PASS=&C2APASS=&C2USEWRK=&SDDSLOC=//www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/*.htm&ROOTDIR=CII/&VEC=&RESULTTEMPLATE=CII/CII_ASUM&ARRAY_SUMM=1&SDDSID=&DRILLFILE=&ARRAYID=1053024>.

10. Gouvernement du Canada, *Healthy Canadians: A Federal Report on Comparable Health Indicators 2008* [*Les Canadiens et les Canadiennes en santé — rapport fédéral sur les indicateurs comparables de santé 2008*], Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2009. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/system-regime/2008-fed-comp-indicat/index-eng.pdf>.

11. Institut canadien d'information sur la santé, *Experiences with Primary Health Care in Canada* [*Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

12. C. Schoen et R. Osborn, *The Commonwealth Fund 2008 International Health Policy Survey in Eight Countries*, 2008. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Schoen_2008intlhltpolicysurveyeightcountries_chartpack.pdf?section=4039>.

13. Statistique Canada, *Canadian Community Health Survey 2001-2007, CANSIM Table 105-3001* [*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001-2007, Tableau CANSIM 105-3001*], 2009. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?regtkt=&C2Sub=&LANG=E&C2DB=PRD&C2USER=&C2PASS=&C2APASS=&C2USEWRK=&SDDSLOC=//www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/*.htm&ROOTDIR=CII/&VEC=&RESULTTEMPLATE=CII/CII_ASUM&ARRAY_SUMM=1&SDDSID=&DRILLFILE=&ARRAYID=1053001>.

14. Institut canadien d'information sur la santé, *Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 2007* [*Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2007*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.

15. Institut canadien d'information sur la santé, *National Physician Database, 2006–2007 Data Release* [*Base de données nationale sur les médecins : publication des données 2006-2007*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

16. Institut canadien d'information sur la santé, *Medical Imaging in Canada, 2007* [*L'imagerie médicale au Canada 2007*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.

17. Statistique Canada, *Canadian Community Health Survey 2001–2007, CANSIM Table 105-3004* [*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001-2007, Tableau CANSIM 105-3004*], 2009. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?regtkt=&C2Sub=&LANG=E&C2DB=PRD&C2USER=&C2PASS=&C2APASS=&C2USEWRK=&SDDSLOC=//www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/*.htm&ROOTDIR=CII/&VEC=&RESULTTEMPLATE=CII/CII_ASUM&ARRAY_SUMM=1&SDDSID=&DRILLFILE=&ARRAYID=1053004>.

18. Institut canadien d'information sur la santé, *Wait Times Tables—A Comparison by Province, 2009* [*Tableaux sur les temps d'attente — une comparaison par province 2009*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

19. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Indicators 2009* [*Indicateurs de santé 2009*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

20. C. J. Wright, G. K. Chambers et Y. Robens-Paradis, « Evaluation of Indications for and Outcomes of Elective Surgery », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 167, n° 5 (2002), p. 461-466.

21. Société canadienne du cancer, Statistique Canada et Agence de la santé publique du Canada, *Canadian Cancer Statistics 2009* [*Statistiques canadiennes sur le cancer 2009*], 2009. Consulté le 10 juillet 2009. Internet : <http://www.cancer.ca/canada-wide/about%20cancer/cancer%20statistics/~/media/CCS/Canada%20wide/Files%20List/English%20files%20heading/pdf%20not%20in%20publications%20section/Stats%202009E%20Cdn%20Cancer.ashx>.

22. P. McDonald et coll., *Waiting Lists and Waiting Times for Health Care in Canada: More Management!! More Money??*, 1998. Consulté le 15 juillet 2009. Internet : <http://www.chspr.ubc.ca/files/publications/1998/hpru98-09D-A.pdf>.

23. Santé Canada, *Wait Times in Canada* [*Les temps d'attente au Canada*], 2007. Consulté le 15 juillet 2009. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/qual/acces/wait-attente/index-eng.php>.

24. R. W. Hall, *Patient Flow: The New Queuing Theory for Healthcare*, 2006. Consulté le 14 juillet 2009. Internet : <http://www.lionhrtpub.com/orms/orms-6-06/patientflow.html>.

25. Health Quality Council, *Advanced Access to Primary Health Care*, 2004. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <www.hqc.sk.ca/download.jsp?5rzTk6BVB6WLVXivCoM+KzBlzBf0QfLQkUwK4QBZaJv+RhPX6kyMyQ==.>.

26. M. Love, « Clinic Manages Time to Reduce Waits », *Medicine Post*, vol. 42, n° 17 (2006), p. 48.

27. V. Mitchell, « Same-Day Booking: Success in a Canadian Family Practice », *Canadian Family Physician*, vol. 54, n° 3 (2008), p. 379-383.

28. Institut canadien d'information sur la santé, *Surgical Volume Trends, 2008—Within and Beyond Wait Time Priority Areas* [*Tendances relatives au volume d'interventions chirurgicales 2008 — en lien ou non avec les domaines prioritaires associés aux temps d'attente*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.

29. Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick, *Surgical Wait Times* [*Délais d'attente pour la chirurgie*], 2009. Consulté le 4 juin 2009. Internet : <http://www1.gnb.ca/0217/SurgicalWaitTimes/Reports/04-e.aspx>.

30. National Health Services, *18 Weeks and Workforce Planning*, 2009. Consulté le 20 juillet 2009. Internet : <http://www.healthcareworkforce.nhs.uk/18weeks.html>.

31. *Commitment to the Future of Medicine Act, 2004, S.O. 2004, Chapter 5* [*Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé, L.O. 2004, chapitre 5*], 2007. Consulté le 17 août 2009. Internet : <http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_04c05_e.htm>.

32. C. M. Flood et T. Archibald, « The Illegality of Private Health Care in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, n° 6 (2001), p. 825-830.

33. C. Flood et S. Lewis, « Courting Trouble: The Supreme Court's Embrace of Private Health Insurance », *Healthcare Policy*, vol. 1, n° 1 (2005), p. 26-35.

34. R. Steinbrook, « Private Health Care in Canada », *New England Journal of Medicine*, vol. 354, n° 16 (2006), p. 1661-1664.

35. CBC News, *No One Wants Quebec's Limited Private Health Insurance*, 2009. Consulté le 3 juillet 2009. Internet : <http://www.cbc.ca/canada/montreal/story/2009/03/30/mtl-health-insurance-interest-0330.html>.

36. Health Forum Canada, *Find Private Clinics*, 2009. Consulté le 14 juillet 2009. Internet : <http://www.findprivateclinics.ca/>.

37. P. Fayerman, « B.C. Health Minister Supports Private Care », *National Post*, 2009. Consulté le 25 juin 2009. Internet : <http://www.nationalpost.com/news/canada/story.html?id=1731220>.

38. Santé Canada, *Evaluating Telehealth "Solutions": A Review of and Synthesis of the Telehealth Evaluation Literature* [*Évaluation des « solutions » en matière de télésanté : examen et synthèse de la documentation d'évaluation de la télésanté*], 2000. Consulté le 14 juillet 2009. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/ehealth-esante/2000-tele-eval/index-eng.php>.

39. Santé et affaires sociales du Yukon, *Yukon Telehealth Network (YTN)*, 2009. Consulté le 20 juillet 2009. Internet : <http://www.hss.gov.yk.ca/programs/nursing/ytn/>.

40. Northwest Territories Health and Social Services, *Telehealth Existing Sites*, 2009. Consulté le 20 juillet 2009. Internet : <http://www.hlthss.gov.nt.ca/english/services/telehealth/existing_sites.htm>.

41. Réseau télémédecine Ontario, *Who We Are* [*Qui nous sommes*], 2008. Consulté le 20 juillet 2009. Internet : <http://www.otn.ca/en/otn/who-we-are/>.

42. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, *Nova Scotia Telehealth Network*, 2008. Consulté le 20 juillet 2009. Internet : <http://www.gov.ns.ca/health/telehealth/>.

43. Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique, *Telehealth*, 2007. Consulté le 20 juillet 2009. Internet : <http://www.ahsc.health.nb.ca/Programs/Telehealth/telehealth.shtml>.

44. BC Women's Hospital & Health Centre, *Telehealth*, 2009. Consulté le 20 juillet 2009. Internet : <http://www.bcwomens.ca/Services/ClinicalFamilyServices/Telehealth/default.htm>.

45. Northwest Territories Health and Social Services, *Telehealth Background*, 2009. Consulté le 20 juillet 2009. Internet : <http://www.hlthss.gov.nt.ca/english/services/telehealth/background.htm>.

46. Gouvernement de la Saskatchewan, *Expanding Telehealth Network Improves Rural Health Care Access*, 2009. Consulté le 20 juillet 2009. Internet : <http://www.gov.sk.ca/news?newsId=63f9ce1f-5551-44e1-893d-1693ca71ad51>.

47. Newfoundland and Labrador Centre for Health Information, *Telehealth—Supporting Access to Health Care Closer to Home*, 2009. Consulté le 20 juillet 2009. Internet : <http://www.nlchi.nf.ca/health_telehealth_news.asp>.

48. Statistique Canada, *Canadian Community Health Survey 2005, CANSIM Table 105-0402* [*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, Tableau CANSIM 105-0402*], 2007. Consulté le 26 juin 2009. Internet : <http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?regtkt=&C2Sub=&LANG=E&C2DB=PRD&C2USER=&C2PASS=&C2APASS=&C2USEWRK=&SDDSLOC=//www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/*.htm&ROOTDIR=CII/&VEC=&RESULTTEMPLATE=CII/CII_ASUM&ARRAY_SUMM=1&SDDSID=&DRILLFILE=&ARRAYID=1050402>.

49. Statistique Canada, *Canadian Community Health Survey 2007, CANSIM Table 105-4009* [*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007, Tableau CANSIM 105-4009*], 2008. Consulté le 26 juin 2009. Internet : <http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?regtkt=&C2Sub=&LANG=E&C2DB=PRD&C2USER=&C2PASS=&C2APASS=&C2USEWRK=&SDDSLOC=//www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/*.htm&ROOTDIR=CII/&VEC=&RESULTTEMPLATE=CII/CII_ASUM&ARRAY_SUMM=1&SDDSID=&DRILLFILE=&ARRAYID=1054009>.

50. Institut national de santé publique du Québec, *Health Services* [*Services de santé*], 2006. Consulté le 4 juin 2009. Internet : <http://www.inspq.qc.ca/santescope/impressionAnalyse.asp?Lg=en&NoCons=6>.

51. S. Morgan et coll., *The Canadian Rx Atlas,* 2008. Consulté le 26 juin 2009. Internet : <http://www.chspr.ubc.ca/files/publications/2008/CanRxAtlas/Canadian_Rx_Atlas_2nd_Edition.pdf>.

Organismes favorisant l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients

Qualité et sécurité

2002

- Saskatchewan Health Quality Council
  www.hqc.sk.ca
- Health Quality Council of Alberta
  www.hqca.ca

2003

- Conseil canadien de la santé
  www.healthcouncilcanada.ca/fr
- Institut canadien pour la sécurité des patients
  www.patientsafetyinstitute.ca/french

2004

- Manitoba Institute for Patient Safety
  www.mbips.ca

2005

- Commissaire à la santé et au bien-être du Québec
  www.csbe.gouv.qc.ca
- Conseil ontarien de la qualité des services de santé
  www.ohqc.ca/fr

2008

- Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick
  www.nbhc.ca/accueil.cfm
- B.C. Patient Safety and Quality Council
  www.bcpsqc.ca

Chapitre 5
Qualité, sécurité et résultats — dix ans de progrès

L'accès et le financement sont depuis longtemps les principaux sujets des discussions portant sur les soins de santé au Canada.

Récemment, deux thèmes connexes ont émergé : la qualité et la sécurité. Comme beaucoup d'autres histoires sur la santé, celle de la qualité et de la sécurité des soins de santé commence mal, mais finit bien. Les problèmes de qualité et de sécurité débordent les frontières nationales, et le Canada a beaucoup appris des expériences internationales.

Les problèmes de qualité et de sécurité des soins de santé

Parmi les nombreuses études mettant en relief des problèmes de qualité et de sécurité dans différentes parties du monde, trois ont une importance toute particulière pour le Canada, et l'une d'entre elles a été menée ici-même. La première, menée par l'Institute of Medicine des États-Unis et présentée dans son rapport intitulé *To Err Is Human* (L'erreur est humaine), permet d'estimer que de 44 000 à 98 000 Américains meurent à l'hôpital chaque année en raison d'une erreur qu'il aurait été possible d'éviter[1]. La Canadian Adverse Events Study (étude canadienne sur les effets indésirables), quant à elle, a calculé que 70 000 événements indésirables évitables surviennent annuellement en contexte hospitalier, entraînant de 9 250 à 23 750 décès[2]. Enfin, une étude menée par la RAND Corporation des États-Unis a révélé que les Américains ne reçoivent que de 50 % à 60 % des soins préventifs, chroniques ou aigus recommandés[3].

Ensemble, ces études confirment que les problèmes de qualité et de sécurité ne sont pas que des événements rares attribuables uniquement à la malchance, au destin, à des professionnels de la santé anticonformistes ou à des accidents. Ils sont endémiques au sein du système de santé dans son ensemble et sont liés à une surutilisation, une sous-utilisation ou une utilisation inappropriée de médicaments ainsi qu'à des mauvais diagnostics, des infections, des chutes ou d'autres imprévus ayant lieu dans les établissements de soins.

Ces découvertes générales, qui sont, rappelons-le, des phénomènes mondiaux, s'inscrivent dans le cadre d'accidents notables et dignes d'être signalés, qui sont survenus dans le système de santé canadien au cours des dix dernières années. Le tableau 3 présente des cas marquants où le système a échoué et certaines de leurs causes et conséquences connues.

Heureusement, ces cas notables ont dévoilé de plus importants problèmes sous-jacents, qui, eux, ont mené au déploiement d'efforts visant à régulariser la situation et à apporter des changements dans l'ensemble du système. La recherche des causes de ces tragédies a entraîné l'élaboration de politiques ainsi que le déploiement d'efforts structurels et organisationnels visant à améliorer le rendement en santé et à prévenir d'autres désastres. Surtout, l'amélioration de la qualité des soins représente maintenant une partie importante des dossiers en matière de soins de santé au pays. Par exemple, pour réduire l'apparition d'infections nosocomiales, l'Institut canadien pour la sécurité des patients, l'Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté, Agrément Canada (anciennement le Conseil canadien d'agrément des services de santé) et l'Agence de la santé publique du Canada ont lancé la Campagne canadienne de l'hygiène des mains (Arrêt! Lavez vos mains) en 2007[4]. Plus récemment, la déclaration est devenue obligatoire dans certaines régions pour surveiller les taux d'infections nosocomiales[5].

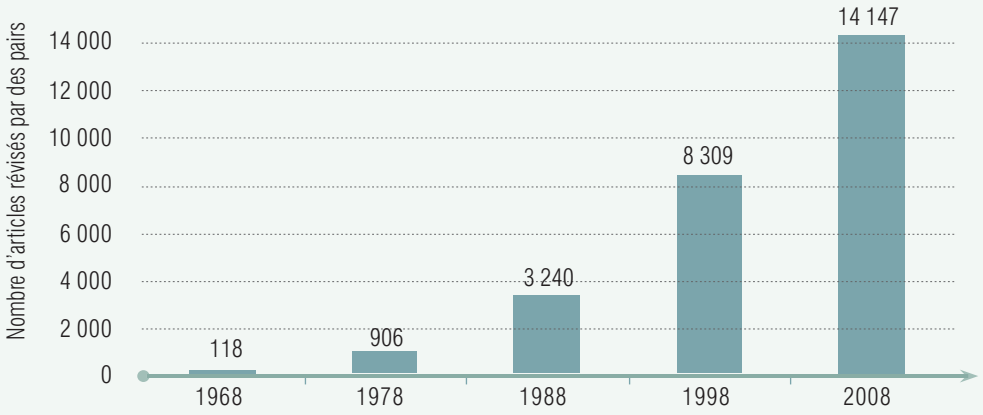
Ces événements et d'autres encore ont certains points en commun. Dans la plupart des cas, les problèmes persistent dans le temps; ils n'ont pas été détectés suffisamment rapidement. Cela ne signifie pas que le système de santé n'arrive jamais à prévenir un problème. Il y arrive certainement, chaque jour, même s'il n'existe pratiquement pas de données sur les situations fâcheuses évitées de peu ou les problèmes de qualité étouffés dans l'œuf. Les enquêtes officielles mentionnent toutefois souvent que des mécanismes inadéquats sont utilisés pour détecter les problèmes de qualité et les risques accrus[5, 24]. De plus, les personnes touchées sont généralement mises au courant des problèmes très longtemps après l'identification de ceux-ci. Les personnes responsables ont tendance à attendre que les faits soient largement connus avant d'exposer la situation — signe d'une culture qui s'oppose à la requête des experts en matière d'amélioration de la qualité pour que la déclaration soit faite en temps opportun[26]. En outre, les personnes et les unités échouent souvent parce que le système n'est pas structuré pour prévenir les échecs. Des rapports mettent fréquemment en évidence le manque de surveillance et de responsabilisation et la confusion des pouvoirs pour expliquer en bonne partie les échecs à répétition[4,16].

Tableau 3. Certains événements notables liés à la qualité et à la sécurité au Canada

Événement, lieu et année	Description de l'événement	Conséquences	Causes
Décès des suites d'une chirurgie Chirurgie cardiaque pédiatrique, Man., 1994[4]	Un chirurgien a réalisé une intervention risquée chez des enfants[4].	12 décès — au moins cinq étaient évitables[4].	Problèmes comprenant un programme trop ambitieux, un manque de surveillance, la non-écoute du personnel infirmier et une culture inadéquate de communication de l'information[4].
Infections à *Clostridium difficile* Ontario, de 2006 à 2008[5] Québec, de 2002 à 2009[6]	Nombreuses éclosions d'infections nosocomiales à *C. difficile* se manifestant par de graves symptômes chez les personnes âgées.	De 2006 à 2008, 91 décès à l'hôpital de Burlington (Ont.); en 2007 et 2008, au moins 460 décès dans 22 hôpitaux ontariens[5] Au Québec, le taux d'infection dans la population est passé de 36 par 100 000 habitants en 1991 à 156 par 100 000 habitants en 2003. La proportion de patients décédés dans les 30 jours du diagnostic est passée de 4,7 % en 1991 à 13,8 %, en 2003[6].	À l'hôpital de Burlington (Ont.), problèmes généraux dans les procédures de lutte contre les infections, d'hygiène, de nettoyage, d'administration d'antibiotiques et de surveillance des infections[5].
Événements indésirables liés aux médicaments Vioxx, Celebrex et d'autres inhibiteurs de la COX-2, 2004	Des recherches sur Vioxx ont révélé un risque accru de crise cardiaque et d'AVC chez les patients traités par le médicament[7].	Merck & Co. a retiré Vioxx du marché en septembre 2004[8]. Les ordonnances canadiennes d'inhibiteurs de la COX-2 ont diminué de moitié : en 2003, 7,7 millions d'ordonnances ont été rédigées et en 2005-2006, 3,4 millions[9]. Ce nombre a légèrement augmenté en 2008 pour s'établir à 3,6 millions[10].	Lors de procès, les entreprises pharmaceutiques ont été accusées d'avoir supprimé des données sur l'accroissement du risque cardiaque. Aux États-Unis, Merck & Co. a payé 4,85 milliards de dollars en 2007 pour régler 27 000 poursuites intentées par 47 000 plaignants[11]. Au Canada, les actions en justice sont toujours en cours[12].
Mauvaise stérilisation des instruments chirurgicaux Alberta, 2007[13] Ontario, 2004 Terre-Neuve-et-Labrador, 2003-2004 Québec, 2004	Le non-respect des protocoles de stérilisation pourrait avoir soumis des patients ayant subi une chirurgie à un risque d'infections, p. ex. une hépatite ou une infection au VIH.	En Alberta, l'hôpital a dû cesser d'admettre de nouveaux patients. Environ 3 000 personnes ont été jointes et ont subi un test de dépistage de l'hépatite B et C et du VIH[13]. En Ontario, on a demandé à 1 600 patients de passer des tests[14]. À T.-N.-L., on a demandé à 300 patients de passer ces tests, et, à Montréal, les autorités ont communiqué avec 300 personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche afin qu'elles subissent un dépistage d'infections[15].	En Alberta, une ambiguïté entre la région et l'hôpital quant au mandat, à la responsabilisation et à la responsabilité a été pointée du doigt[13].

Événement, lieu et année	Description de l'événement	Conséquences	Causes
Erreurs de médecine légale sur des enfants Ontario, de 1991 à 2001[16]	De 1991 à 2001, le Dr Charles Smith, pathologiste, a déclaré 45 cas comme étant des homicides ou des cas suspects d'un point de vue criminel[16].	Une enquête a contredit les faits présentés dans neuf de ces cas et mettait en doute les conclusions tirées dans 20 autres[16]. Les accusations criminelles portées dans 13 cas ont été réévaluées[17].	Lacunes en matière de surveillance du programme[16].
Erreurs dans les tests de dépistage du cancer du sein T.-N.-L., de 1997 à 2005[18] Québec, 2009	À T.-N.-L., de 1 200 à 1 500 femmes ont reçu des résultats de tests erronés[18]. Au Québec, 2 730 échantillons ont dû être réexaminés après qu'une étude eut découvert un taux d'erreurs de 15 à 30 % dans la détection des marqueurs hormonaux sur lesquels se fonde le choix du traitement à administrer[19, 20].	Vive anxiété et préjudices potentiels néfastes pour les femmes qui ont reçu de faux résultats négatifs.	Manque de responsabilisation, de surveillance et de contrôle de la qualité à tous les niveaux[18]. Aucune enquête officielle n'a été menée au Québec. Manque de mesures de contrôle de la qualité citées[20].
Erreurs de diagnostic en pathologie Nouveau Brunswick, de 1995 à 2007[21]	En 2004-2005, une évaluation de 227 analyses de biopsies prélevées pour le dépistage des cancers de la prostate et du sein a relevé 40 résultats incomplets et sept faux négatifs[21].	Vive anxiété et préjudices potentiels pour les personnes qui ont reçu de faux résultats négatifs.	Absence de lignes hiérarchiques claires, de mécanismes de responsabilisation appropriés et d'assurance de la qualité adéquate[21].
Erreurs de radiologie Saskatchewan, de 2004 à 2009[22]	Une évaluation a mis à jour d'importantes divergences dans l'interprétation de clichés et un fort potentiel de préjudice. 70 000 clichés pris pendant une période de cinq ans ont été réinterprétés[22].	Vive anxiété et préjudices potentiels pour les personnes qui ont reçu de faux résultats négatifs.	Le dossier est toujours en examen. Aucun rapport n'a été présenté.
Erreurs de dialyse par intraveineuse Alberta, 2004[23]	Du chlorure de potassium a été administré à deux patients dialysés au lieu de chlorure de sodium[23].	Les deux patients sont décédés[23].	Les produits présentaient des emballages presque identiques et étaient rangés l'un à côté de l'autre[23].
Systèmes d'eau contaminés Ontario, 2000[24] Saskatchewan, 2001[25]	Contamination à *Escherichia coli* (*E. coli*) à Walkerton (Ont.)[24] et à *Cryptosporidium* à North Battleford (Sask.)[25]	7 décès confirmés et 2 300 personnes malades à Walkerton (Ont.)[24] 6 850 personnes malades à North Battleford (Sask.)[25].	La contamination survenue à Walkerton (Ont.) a été attribuée à un manque de surveillance réglementaire, à une réduction des fonds publics et à l'absence de détection des pannes[24].

Figure 17. Nombre d'essais cliniques aléatoires dont le descriptif comporte le terme clé « qualité des soins de santé », années choisies



Source
Compilé par l'ICIS à la suite d'une recherche menée dans PubMed à l'aide du terme clé *healthcare quality* (qualité des soins de santé) et limitée à certaines années et aux essais cliniques aléatoires chez des humains.

À la recherche de la qualité et de la sécurité

Il y a toujours eu des efforts pour améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé. Le nombre de publications indexées portant sur la qualité a crû de façon importante au cours des 40 dernières années (voir la figure 17). Leur ampleur est sans précédent, et tous les aspects des soins de santé ont été scrutés.

On reconnaît cependant depuis peu que les questions de qualité et de sécurité sont des problèmes systémiques et non des indicateurs de rendement individuel. Il faut beaucoup plus que de la motivation personnelle et des changements de comportement pour régler ces problèmes. C'est le leadership, associé à des incitatifs appropriés, qui permet d'apporter des améliorations.

Au cours des 30 années qui ont suivi la mise en œuvre du régime d'assurance-maladie au pays, la majorité des rapports généraux des groupes de travail ou des commissions ont porté sur l'organisation, l'accès et les déterminants médicaux et non médicaux de la santé. Pendant cette même période, les chercheurs en services de santé ont commencé à avoir recours à des données pour mettre en évidence les variations dans l'utilisation et les résultats des soins de santé. Des organisations comme l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) en Ontario, le Centre for Health Services and Policy Research (CHSPR) de l'Université de la Colombie-Britannique et le Manitoba Centre for Health Policy (MCHP) de l'Université du Manitoba ont effectué des analyses et des plans comparatifs qui ont révélé des différences importantes et souvent inexplicables dans les taux d'hospitalisation et l'utilisation d'autres types de services[27-30]. Les résultats de recherches appelées « études de variation à petite échelle » ont soulevé d'importantes questions au sujet de la qualité : Quel taux est exact? Les services sont-ils surutilisés ou sous-utilisés? Quels modèles de service fournissent les meilleurs résultats?

Composantes du succès : vers une **qualité planifiée**

Divers ingrédients sont requis pour améliorer la qualité des soins dans l'ensemble du système. Ci-dessous sont présentés deux exemples internationaux d'organisations qui ont déployé des efforts importants pour améliorer la qualité des soins fournis à leurs patients.

Composante	Veterans Health Administration, Nouvelle-Angleterre, É.-U.[43, 44]	Conseil du comté de Jönköping, Småland, Suède[44]
Culture	Un style de gestion caractérisé par une attitude positive, naturelle et collaborative; un changement de perspective : d'un système axé sur les victimes à une attitude positive	Décision de prendre l'exemple sur Toyota et d'appliquer la stratégie aux soins de santé; adoption d'une culture visant à tout faire en même temps[44]
Leadership	L'organisation a grandement tiré profit des longs mandats et d'une stabilité dans la direction pendant la réforme. Kenneth Kizer a été l'un des principaux agents du changement.	Sven-Olof Karlsson s'est engagé à créer un système à Jönköping capable de s'améliorer. Il occupe un poste de direction depuis 18 ans.
Stratégie	Parvenir à la systématisation et à la normalisation	« [Nous] incluons les employés dans divers projets d'amélioration de la qualité et nous les aidons à apprendre comment procéder au changement. Nous les laissons également définir la façon de produire des résultats à l'aide de leurs nouvelles connaissances et d'innovations. » (Sven-Olof Karlsson)[44]
Information	La mise en œuvre de dossiers de santé électroniques a permis (i) la mise en place réussie de systèmes de gestion des indicateurs et (ii) la gestion coordonnée des soins aux patients avec succès.	Jönköping comptait parmi les premiers à employer les données de registres cliniques pour améliorer la qualité des soins. L'organisation s'efforce maintenant de mettre en œuvre des dossiers de santé électroniques.
Perfectionnement du personnel/ développement des compétences	Les employés de la VHA ont accès à de nombreux programmes de formation et à des possibilités d'améliorer leur leadership.	Le conseil de la ville a fondé le centre d'apprentissage Qulturum, un centre de formation pour le personnel de première ligne.
Amélioration du rendement	Comparativement à un échantillon national d'établissements, les patients de la VHA ont obtenu des scores significativement plus élevés relativement à 348 indicateurs de qualité, qui visaient 26 maladies, afin d'évaluer la qualité générale, les soins des maladies chroniques et les soins préventifs.	Comparativement à 20 comtés de la Suède, Jönköping a obtenu le meilleur classement général à 11 indicateurs liés à l'efficacité, au respect de délai des services, à la sécurité, à l'attention fournie aux patients, à l'équité et aux résultats.

La première enquête d'importance réalisée au Canada mettant la qualité au centre d'une réforme du système a été la Commission Fyke en Saskatchewan[31]. M. Fyke a recommandé la mise sur pied d'un conseil sur la qualité de la santé qui dirigerait les améliorations de la qualité dans la province. Ce conseil, le Health Quality Council, a été établi en 2002 et siège à Saskatoon. Il s'agit de l'organisation de gestion de la qualité la plus importante et la mieux financée au pays. Ses dépenses annuelles s'élèvent à environ 6 millions de dollars[i]. En 2008-2009, elle a reçu 5 millions de plus pour promouvoir son programme Accelerating Excellence visant à élargir les initiatives d'amélioration de la qualité pour qu'elles soient à une échelle plus systémique[32].

La Commission Romanow, quant à elle, a recommandé la création du Conseil canadien de la santé, qui a pour mandat de mettre en place un cadre de qualité et de résultats, d'évaluer le rendement et d'en faire rapport ainsi que de comparer le Canada à d'autres pays membres de l'OCDE[33]. Les accords fédéraux-provinciaux sur la santé de 2003[34] et de 2004[35] font état d'un engagement à produire des rapports sur bon nombre d'indicateurs de sécurité, de satisfaction et de résultats.

À l'exemple de la Saskatchewan, des organisations ont été mises sur pied pour approfondir la question de la qualité et de la sécurité, y compris :

- le Health Quality Council of Alberta;
- l'Institut canadien pour la sécurité des patients;
- le Manitoba Institute for Patient Safety;
- le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec;
- le Conseil ontarien de la qualité des services de santé;
- le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick;
- le BC Patient Safety & Quality Council.

i. Le financement accordé par la Saskatchewan est, en termes absolus, plus élevé que celui de toute organisation homologue; par habitant, la différence est encore plus élevée.

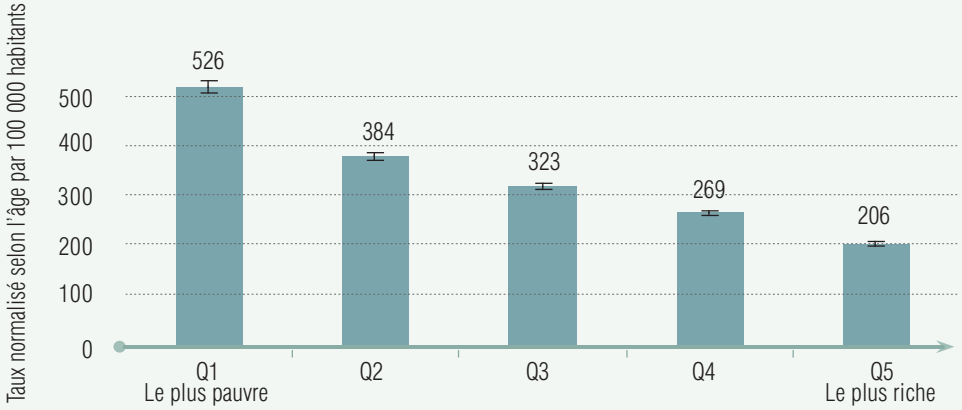
Ces organisations ont toutes des mandats différents. Certaines produisent principalement des rapports publics sur la qualité, alors que d'autres doivent amener, concrètement, les premières lignes de soins à s'améliorer (à cet égard également, l'ampleur des activités en Saskatchewan est notable).

Le Conseil canadien de la santé a été fondé en 2003 avec pour mandat de rendre compte des progrès accomplis vers l'atteinte des objectifs des accords des premiers ministres de 2003 et de 2004. Il a produit des rapports sur différents sujets. Son rapport annuel publié en 2006, intitulé *Renouvellement des soins de santé au Canada : frayer la voie de la qualité*[36], a souligné l'attention qui est portée à la qualité, sujet également abordé dans ses rapports sur les soins de santé primaires et les services à domicile[37] ainsi que l'optimisation des investissements[38].

En 2005, l'Institut canadien pour la sécurité des patients, en collaboration avec des partenaires de partout au pays, a lancé sa campagne phare Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Près de 1 100 équipes travaillant dans plus de 300 organisations de soins de santé s'y sont inscrites[39]. Ce type d'efforts a été amorcé aux États-Unis en réponse à un manque perçu de progrès dans les démarches visant à améliorer la sécurité des patients à la suite de la parution du rapport *To Err Is Human*[1]. Les dirigeants ont reconnu qu'il fallait plus que des rapports hautement publicisés et des déclarations de bonnes intentions pour faire de réels progrès. L'un des adages des tenants de l'amélioration de la qualité est « *Quelque* n'est pas un nombre, *bientôt* n'est pas une échéance ». Des cibles claires et quantifiées sont essentielles.

Des groupes de collaboration rassemblent les dispensateurs et les gestionnaires de soins de santé pour qu'ils puissent en apprendre davantage sur les changements à apporter afin de rapprocher les soins fournis aux patients des normes fixées par des experts, de planifier leur instauration, de les mettre en œuvre et d'en mesurer les

Figure 18. Taux d'hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires selon le quintile de revenu du quartier, Canada, 2007-2008



Remarques
Les taux sont ceux des personnes âgées de moins de 75 ans.

Les taux ne comprennent pas ceux du Québec; les données de 2007-2008 n'étaient pas disponibles au moment de la publication.

La population de 2007-2008 selon les quintiles de revenu a été estimée à partir des définitions du recensement canadien de 2001 et 2006.

⌶ Les barres d'erreurs représentent l'intervalle de confiance à 95 %.

Source
Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2009*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

résultats. Le premier groupe de collaboration a été établi en Colombie-Britannique en 2003[40]. Depuis, plus de 30 autres ont été créés dans diverses régions. Ils s'intéressent à des domaines tels que le diabète, le triage dans les urgences, la planification de la pratique, la modification des pratiques en clinique et les soins de maternité.

Quels sont les résultats attendus?

Au cours des dix dernières années, l'intérêt pour la qualité et la sécurité et les activités dans le domaine ont explosé. Nous ne disposons pas encore de données complètes en temps réel sur la qualité et les résultats pour l'ensemble du système qui fassent état du fruit de ces efforts. Certains signes sont encourageants, mais le but ultime — soit transformer les succès de petites initiatives progressives en améliorations durables à l'échelle du système — n'est pas encore atteint.

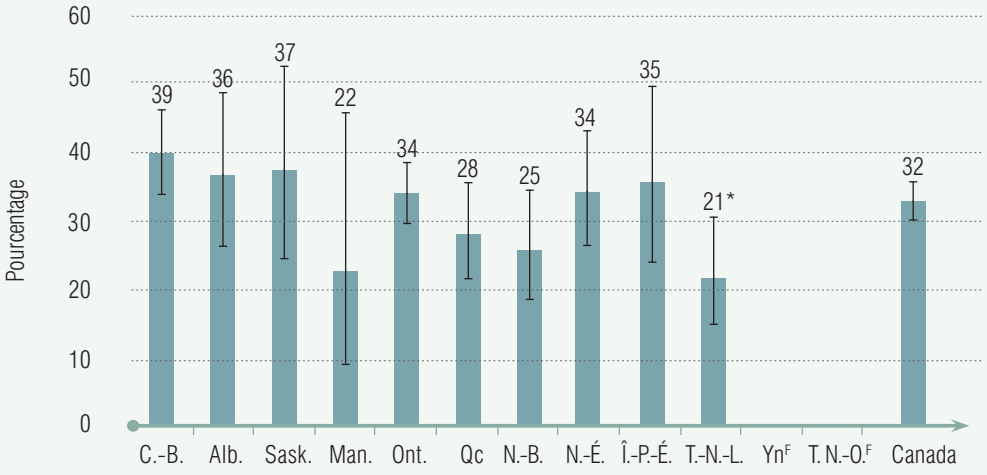
La campagne Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! a produit des résultats remarquables. Dans tout le pays, des centaines d'équipes participent à différentes initiatives. Les améliorations rapportées en 2008 (comparativement au point de départ de 2005) comprennent[39] : une chute de 13 % à 4 % du taux de décès à l'hôpital des patients victimes d'un infarctus du myocarde aigu (IMA)[ii];

- une réduction de moitié des infections sanguines liées au cathéter central;
- une baisse de 50 % du taux de pneumonie survenant chez les patients ventilés;
- une réduction d'un tiers des infections au site de chirurgie;
- une diminution de 66 % des divergences intentionnelles relatives aux médicaments (c'est-à-dire lorsque la documentation était juste), alors que les divergences involontaires (erreurs de médicament) ont diminué de 50 %.

Le taux d'hospitalisations pour les affections appelées « conditions propices aux soins ambulatoires » (CPSA) est une variable importante de la qualité du système. Les CPSA sont des maladies comme l'angine de poitrine, l'asthme, le diabète et l'hypertension, qui devraient

ii. Ces taux sont ceux des sites hospitaliers participant à la campagne Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! seulement et ne sont donc pas comparable aux taux nationaux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'admission présentés dans d'autres rapports.

Figure 19. Pourcentage de la population qui a reçu tous les volets recommandés de soins aux diabétiques, 2007



Remarques

Fondé sur les membres des ménages canadiens (à l'exception du Nunavut) âgés de 18 ans et plus. La population comprend les Canadiens ayant reçu un diagnostic de diabète non gestationnel et ayant subi au moins une évaluation du taux d'hémoglobine A1C, un dépistage des lésions et de l'irritation du pied et un dosage de la protéinurie au cours de l'année précédente ainsi qu'un examen ophtalmologique au cours des deux années précédentes.
L'âge a été normalisé à celui de la population de patients atteints de diabète en 2007. Les non-répondants ont été exclus.

F : Coefficient de variation supérieur à 33,3 % (éliminé en raison de la trop grande variabilité) ou échantillon trop petit.

Catégorie de référence canadienne.

* Différence statistiquement significative avec la catégorie de référence.

⊥ Les barres d'erreurs représentent l'intervalle de confiance à 95 %.

Source

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007 (fichier CCHS cycle 4.1 diabetes), Statistique Canada.

normalement pouvoir être prises en charge par des soins communautaires. Dans ce cas particulier, la tendance est dans la bonne direction; le taux d'hospitalisations est passé de 459 par 100 000 habitants en 2001-2002 à 326 en 2007-2008. Les personnes habitant les quartiers à faible statut socioéconomique présentent cependant un risque plus élevé d'hospitalisation en raison d'une CPSA que celles des quartiers mieux nantis (voir la figure 18)[41].

Il reste encore toutefois beaucoup à faire. Par exemple, le nombre de personnes atteintes de diabète augmente, mais la qualité des soins demeure bien en deçà du niveau recommandé par les lignes directrices (voir la figure 19)[42]. Les victimes d'AVC soignées par un neurologue ou un neurochirurgien étaient 40 % moins susceptibles de décéder à l'hôpital que celles n'ayant pas été traitées par un spécialiste. Pourtant, seulement le quart des victimes d'AVC sont suivies par un spécialiste[41]. Bien que le taux pancanadien de décès à l'hôpital des suites d'une crise cardiaque ait diminué de 11 % de 2003-2004 à 2007-2008[41], des données donnent à penser que des améliorations pourraient être apportées sur le plan clinique pour diminuer ce taux encore davantage[39].

Les problèmes à l'horizon

La qualité et la sécurité, deux sujets étroitement liés, ont fait l'objet d'une attention grandissante au cours des dix dernières années. Des organisations provinciales et nationales ont été mandatées pour améliorer ces deux aspects et des milliers de projets, d'ampleur variable et mobilisant des travailleurs des soins de santé de tous les domaines, ont été menés. Bien des progrès ont été réalisés depuis une décennie, mais il reste encore beaucoup de chemin à parcourir avant que la qualité des soins soit élevée à l'échelle du système et que les erreurs évitables soient éliminées. En effet, de nouvelles preuves d'erreurs systémiques continuent d'être mises au jour.

La documentation et les expériences[43] internationales soulignent une variété de facteurs qui semblent être essentiels pour améliorer la qualité. Au nombre des plus importants se trouvent :

- **La conversion de l'information sur la santé en format électronique (cybersanté) et une culture de prise de décisions fondées sur des données probantes :** L'analyse de données exactes, normalisées et exhaustives est un élément essentiel de l'amélioration continue qui appuie la prise de décision aux échelons clinique, administratif et politique. La bonne utilisation des données requiert des politiques qui à la fois protègent la vie privée et facilitent la collecte et l'analyse de l'information.
- **Une culture commune concernant le travail d'équipe, la divulgation des problèmes et des erreurs évitées de justesse et l'amélioration des procédés :** Les avancées nécessitent l'abandon des modes de travail classiques fondés sur l'autonomie individuelle et une responsabilisation imprécise. Dans les cultures axées sur la qualité, les erreurs sont perçues comme étant des possibilités d'apprentissage et non des causes de sanction.
- **La création d'indicateurs de rendement et de critères de responsabilisation liés à la qualité et à la sécurité :** La normalisation est une marque de qualité dans tous les secteurs, mais le domaine des soins de santé présente de multiples variations qui, même lorsqu'elles sont décelées, persistent. Un engagement à mesurer le rendement et à élaborer des stratégies pour réduire les variations injustifiables constitue le point central de bien des projets d'amélioration de la qualité qui ont été fructueux.
- **Des investissements continus dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité :** Les organisations sérieuses peuvent diriger des projets d'amélioration et en être les catalyseurs, mais le succès dans l'ensemble du système dépend de l'ampleur à laquelle les organisations de soins de santé intègrent ces activités dans leur budget de base.

Références

1. L. Kohn, J. Corrigan et E. Donaldson, *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, Washington (D.C.), National Academy Press, 2000.
2. R. Baker et coll., « The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events Among Hospital Patients in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, n° 11 (2004), p. 1678-1686.
3. E. McGlynn et coll., « The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States », *The New England Journal of Medicine,* vol. 348, n° 26 (2003), p. 2635-2645.
4. C. M. Sinclair, *Report of the Manitoba Pediatric Cardiac Surgery Inquest: An Inquiry Into Twelve Deaths at the Winnipeg Health Sciences Centre in 1994*, Manitoba, Provincial Court of Manitoba, 2000, p. 1-28. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.pediatriccardiacinquest.mb.ca/pdf/pcir_intro.pdf>.
5. N. Powell et J. Walters, « Infection-ControlGaps at Hospital Highlight Report », *The Toronto Star*, 26 septembre 2008. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.thestar.com/News/Ontario/article/506628>.
6. J. Pépin et coll., « Clostridium Difficile-Associated Diarrhea in a Region of Quebec From 1991 to 2003: A Changing Pattern of Disease Severity », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 171, n° 5 (2004), p. 466-472.
7. R. S. Bresalier et coll., « Cardiovascular Events Associated With Rofecoxib in a Colorectal Adenoma Chemoprevention Trial », *New England Journal of Medicine*, vol. 352, n° 11 (2005), p. 1092-1102.
8. Santé Canada, *Health Canada Informs Canadians of Vioxx Withdrawal by Merck & Co.* [*Santé Canada informe les Canadiens que Merck & Co. retire le Vioxx*], Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2004. Consulté le 8 juillet 2009. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/_2004/2004_50-eng.php>.
9. IMS Health Canada, *Drug Treatment Insights: Anti-Arthritics: COX-2 Inhibitors & Other Anti-Flammatories—Painful Withdrawal of Arthritic Relief*, 2006. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.imshealthcanada.com/vgn/images/portal/cit_40000873/5/43/79032761Insights05En061127.pdf>.
10. IMS Health Canada, *Estimated Volume of Prescriptions Dispensed in Canadian Pharmacies, by Therapeutic Class and Subclass,* IMS HEALTH Canadian CompuScript, 2009.
11. A. Berenson, « Merck Agrees to Pay $4.85 Billion in Vioxx Claims », *New York Times*, 9 novembre 2007. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.nytimes.com/2007/11/09/business/09cnd-merck.html>.
12. CBC News, « Saskatchewan Court Rules Vioxx Suit Can't Go Ahead as Class Action », *CBC News*, 31 mars 2009. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.cbc.ca/canada/saskatchewan/story/2009/03/31/vioxx-suit.html>.
13. Alberta Health Quality Council, *Review of the Infection Prevention and Control and CSR Sterilization Issues in East Central Health Region*, Calgary (Alb.), Alberta Health Quality Council, 2007. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.hqca.ca/assets/pdf/HQCA_Full_Report_juillet_25_2007.pdf>.
14. CBC News, « Another Ontario Hospital Admits Improper Sterilization », *CBC News*, 13 janvier 2004. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.cbc.ca/canada/story/2004/01/13/sterlization040113.html>.
15. M. Johne, « It's a Dirty Job but Everyone Has to Do It », *National Review of Medicine*, vol. 1, n° 13 (2004).
16. S. Goudge, *Inquiry Into Pediatric Forensic Pathology in Ontario*, Toronto (Ont.), gouvernement de l'Ontario, 2008. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/inquiries/goudge/report/index.html>.
17. J. Tibbetts, « Court Reopens Mother's 1995 Conviction », *National Post*, 1er mai 2009. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.nationalpost.com/related/topics/story.html?id=1551295>.
18. M. Cameron, *Commission of Inquiry on Hormone Receptor Testing*, Terre-Neuve-et-Labrador, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 2009. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2009/health/CameronInquiry.pdf>.

19. CBC News, « Quebec to Retest 600 More Breast Cancer Samples », *CBC News*, 9 juillet 2009. Consulté le 29 juillet 2009. Internet : <http://www.cbc.ca/canada/montreal/story/2009/07/09/montreal-breast-cancer-errors-quebec-tests.html>.

20. C. Fiedelman, « Cancer-Test Hotline Urged », *The Montreal Gazette*, 29 mai 2009. Consulté le 29 juillet 2009. Internet : <http://www.montrealgazette.com/health/Cancer+test+hotline+urged/1641253/story.html>.

21. P. Creaghan, *Commission of Inquiry Into Pathology Services at the Miramichi Regional Health Authority: Commissioner's Report*, Fredericton (N.-B.), Régie régionale de la santé de Miramichi, 2008. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.miramichicommission.ca/en/report.php>.

22. A. Kyle, « Sask. Radiologist Suspended as Work Is Reviewed », *Regina Leader-Post*, 20 mai 2009. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.canada.com/Health/Sask+radiologist+suspended+work+reviewed/1613290/story.html>.

23. R. Robson, B. Salsman et J. McMenemy, *External Patient Safety Review: Calgary Health Region*, Calgary (Alb.), Calgary Health Region, 2004. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.calgaryhealthregion.ca/qshi/patientsafety/reports/robson_report.pdf>.

24. D. O'Connor, *A Summary Report of the Walkerton Inquiry: The Events of May 2000 and Related Issues* [*Rapport de la Commission d'enquête sur Walkerton : les événements de mai 2000 et les questions connexes — résumé*], Toronto (Ont.), gouvernement de l'Ontario, 2002. Consulté le 26 juin 2009. Internet : <http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/english/about/pubs/walkerton/part1/>.

25. R. Laing, *Report of the Commission of Inquiry Into Matters Relating to the Safety of the Public Drinking Water in the City of North Battleford, Saskatchewan, 2002*, Saskatchewan, gouvernement de la Saskatchewan, 2002. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.northbattlefordwaterinquiry.ca/final/toc.asp>.

26. A. W. Wu et coll., « To Tell the Truth: Ethical and Practical Issues in Disclosing Medical Mistakes to Patients », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 12, n° 12 (1997), p. 770-775.

27. R. Hall et J. Tu, « Hospitalization Rates and Length of Stay for Cardiovascular Conditions in Canada, 1994 to 1999 », *The Canadian Journal of Cardiology*, vol. 19, n° 10 (2003), p. 1-9.

28. K. McGrail, P. Schaub et C. Black, *BC Health Atlas, 2nd Edition*, Vancouver (C.-B.), Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, 2004. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://www.chspr.ubc.ca/files/publications/2004/chspr04-12.pdf>.

29. S. Morgan et coll., *The Canadian Rx Atlas, 2nd Edition*, Vancouver (C.-B.), Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, 2008. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://www.chspr.ubc.ca/rxatlas/canada>.

30. P. Martens et R. Fransoo, *What Works? A First Look at Evaluating Manitoba's Regional Health Programs and Policies at the Population Level*, Winnipeg (Man.), Manitoba Centre for Health Policy, 2008. Consulté le 31 uillet 2009. Internet : <http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/fullwwreport.pdf>.

31. K. Fyke, *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*, Regina (Sask.), Saskatchewan Commission on Medicare, gouvernement de la Saskatchewan, 2001, p. 1-162. Consulté le 25 juin 2009. Internet : <http://www.health.gov.sk.ca/medicare-commission-final-report>.

32. Gouvernement de la Saskatchewan, *Government Invests $5 Million in Quality Improvements to Health Systems*, Saskatoon (Sask.), gouvernement de la Saskatchewan, 2008. Consulté le 8 juillet 2009. Internet : <http://www.gov.sk.ca/news?newsId=3d553835-6a9f-471f-bde3-70efe2104061>.

33. R. J. Romanow, *Building on Values: The Future of Health Care in Canada* [*Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*], Ottawa (Ont.), Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, gouvernement du Canada, 2002. Consulté le 8 juillet 2009. Internet : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-85-2002E.pdf>.

34. Santé Canada, *2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal* [*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*], Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 2003. Consulté le 26 juin 2009. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-eng.php#notes>.

35. Santé Canada, *A 10-Year Plan to Strengthen Health Care* [*Un plan décennal pour consolider les soins de santé*], Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2004. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php>.

36. Conseil canadien de la santé, *Health Care Renewal in Canada: Clearing the Road to Quality* [*Le renouvellement des soins de santé au Canada : frayer la voie de la qualité*], Toronto (Ont.), Conseil canadien de la santé, 2006. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.healthcouncilcanada.ca/en/index.php?option=com_content&task=view&id=107&Itemid=107>.

37. Conseil canadien de la santé, *Fixing the Foundation: An Update on Primary Health Care and Home Care Renewal in Canada* [*Refaire le fondement : mise à jour sur le renouvellement des soins de santé primaires et des soins à domicile au Canada*], Toronto (Ont.), Conseil canadien de la santé, 2008. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2008/phc/HCC_PHC_Main_web_E.pdf>.

38. Conseil canadien de la santé, *Value for Money: Making Canadian Health Care Stronger* [*La valorisation de l'argent : renforcer le système canadien de soins de santé*], Toronto (Ont.), Conseil canadien de la santé, 2009. Consulté le 23 juin 2009. Internet : <http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2009/HCC_VFMReport_WEB.pdf>.

39. Institut canadien pour la sécurité des patients, *Safer Healthcare Now! Accomplishment 2008*, Edmonton (Alb.), ICSP, 2009. Consulté le 8 juillet 2009. Internet : <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/about/Overview/Documents/2009%20SHN%20Accomplishment%20Report.pdf>.

40. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, *Building the Vision in British Columbia: BC Chronic Disease Management Update*, 2003. Consulté le 9 juillet 2009. Internet : <http://www.health.gov.bc.ca/cdm/research/updateaug03.pdf>.

41. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Indicators 2009* [*Indicateurs de santé 2009*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

42. Institut canadien d'information sur la santé, *Diabetes Care Gaps and Disparities in Canada* [*Rapport sur les lacunes et les disparités en matière de soins pour le diabète au Canada*], Ottawa (Ont.), ICIS, à paraître.

43. S. M. Asch et coll., « Comparison of Quality of Care for Patients in the Veterans Health Administration and Patients in a National Sample », *Annals of Internal Medicine,* vol. 141, n° 12 (2004), p. 938-945.

44. G. R. Baker et coll., *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design*, Toronto (Ont.), Longwoods Publishing Corporation, 2008.

Les bases de données de l'ICIS :
hier et aujourd'hui

Information

1999	2009
Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS) De 1975 à 1996 Prévisions pour 1997 et 1998	**Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS)** De 1975 à 2006 Prévisions pour 2007 et 2008
Rapport annuel des établissements de santé De 1995-1996 à 1996-1997 De 1932 à 1994-1995 (données publiées par Statistique Canada)	**Base de données canadienne SIG** **Remarque :** la base de données a changé de nom De 1995-1996 à 2006-2007
Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) De 1994-1995 à 1996-1997 De 1960 à 1993-1994 (données publiées par Statistique Canada)	**Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)** De 1994-1995 à 2007-2008 (à l'exception des données du Québec; les données du Québec devraient être incluses à compter de l'automne 2009)
Base de données sur les congés des patients (BDCP) Patients des établissements de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour De 1979-1980 à 1997-1998	**Base de données sur les congés des patients (BDCP)** Patients des établissements de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour De 1979-1980 à 2007-2008
	Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) De 2001-2002 à 2007-2008
Base de données sur les avortements thérapeutiques (BDAT) L'ICIS a commencé à recueillir les données en 1996. De 1969 à 1995 (données publiées par Statistique Canada)	**Base de données sur les avortements thérapeutiques (BDAT)** De 1996 à 2006
Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO) De 1981 à 1996 (dialyse et transplantations rénales) De 1992 à 1996 (données sur les transplantations autres que rénales)	**Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO)** De 1981 à 2006 (dialyse et transplantations rénales) De 1992 à 2006 (données sur les transplantations autres que rénales)
Registre national des traumatismes (RNT) De 1994-1995 à 1995-1996 (fichier minimal)	**Registre national des traumatismes (RNT)** De 1994-1995 à 2005-2006 (fichier minimal) De 1996-1997 à 2005-2006 (fichier étendu)
Registre ontarien des traumatismes (ROT) De 1994-1995 à 1996-1997 (fichier minimal) De 1991-1992 à 1996-1997 (fichier étendu) De 1986-1987 à 1995-1996 (série de données sur les décès)	**Registre ontarien des traumatismes (ROT)** De 1994-1995 à 2005-2006 (fichier minimal) De 1991-1992 à 2006-2007 (fichier étendu) De 1986-1987 à 2004-2005 (série de données sur les décès)
Système sur les malades chroniques en Ontario Début de la collecte de données : 1er juillet 1996	**Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)** De 2003-2004 à 2005-2006
	Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) De 1996-1997 au 31 décembre 2008
	Système d'information sur les services à domicile (SISD) De 2006-2007 au 31 décembre 2008
	Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) Du 1er avril 2001 au 31 décembre 2008
Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH) De 1994-1995 à 1996-1997 De 1930 à 1993-1994 (données publiées par Statistique Canada)	**Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH)** De 1994-1995 à 2005-2006
	Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) Du 1er octobre 2005 au 31 décembre 2008
	Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (base de données SNIUMP) Du 1er janvier 2000 au 31 mars 2008
	Système national de déclaration des accidents et incidents (SNDAI) Projet pilote ayant pris fin en février 2009 Mise en service prévue pour le printemps 2010
Base de données sur la santé de l'OCDE (section canadienne) L'ICIS et Statistique Canada sont chargés de la section canadienne. De 1960 à 1997	**Base de données sur la santé de l'OCDE (section canadienne)** L'ICIS et Statistique Canada sont chargés de la section canadienne. De 1960 à 2007
	Technologies d'imagerie médicale au Canada L'ICIS a pris à sa charge l'Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale en 2003. De 2003 à 2007

Clés

- La base de données a changé de nom
- Base de données ajoutée

1999

Base de données sur le personnel de la santé (BDPS)
De 1988 à 1996

Base de données nationale sur les médecins (BDNM)
De 1989-1990 à 1995-1996

Base de données médicales Southam (BDMS)
De 1968 à 1997

Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés (BDIIA)
De 1980 à 1998

2009

Base de données sur le personnel de la santé (BDPS)
De 1988 à 2007 — données sur les membres si possible
De 1988 à 2006 — données sur les diplômés si possible

Base de données nationale sur les médecins (BDNM)
De 1989-1990 à 2006-2007

Base de données médicales Scott's (BDMS)
Remarque : la base de données a changé de nom
De 1968 à 2007

Bases de données sur le personnel infirmier (BDPI)
Remarque : la base de données a changé de nom
Données sur les infirmières et infirmiers autorisés (IA) — de 1980 à 2007
Données sur les infirmières et infirmiers praticiens (IP) — de 2003 à 2007
Données sur les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) — de 2002 à 2007
Données sur les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés (IPA) — de 2002 à 2007

Base de données sur les ergothérapeutes (BDE)
De 2006 à 2007

Base de données sur les pharmaciennes et les pharmaciens (BDPP)
De 2006 à 2007

Base de données sur les physiothérapeutes (BDPT)
2007

Base de données sur les technologues de laboratoire médical (BDTLM)
Aucune donnée

Base de données sur les technologues en radiation médicale (BDTRM)
Aucune donnée

Chapitre 6
À l'avant-garde de l'information sur la santé

Comme il a été démontré dans le présent rapport, la capacité de dégager les tendances en matière de soins de santé et de décrire les caractéristiques et le rendement du système dépend de la qualité, de l'exhaustivité et de l'actualité de l'information sur la santé.

L'évolution de l'information sur la santé est une histoire en soi. Elle est, bien entendu, un point central pour l'ICIS; les données justes représentent notre élément moteur. Surtout, l'information sur la santé est cruciale pour le fonctionnement du système — pour sa qualité, son efficacité et son équité. L'information favorise l'amélioration, révèle des lacunes et rend la responsabilisation possible.

Cependant, où nous trouvons-nous sur le parcours de l'information sur la santé et quelle direction devons-nous prendre? En définitive, nous nous devons de répondre à cette question pratique : De quoi le système a-t-il besoin pour atteindre ses objectifs importants? Il va de soi que « le système » comprend des milliers d'intervenants qui utilisent l'information à diverses fins. Le nombre de questions qu'il est possible de poser sur les soins de santé est illimité à tous les niveaux, de la pratique individuelle aux activités dans un établissement d'envergure, une région sanitaire, une province ou même l'ensemble du pays. Chaque intervenant aurait certainement sa propre liste des dix questions les plus importantes.

Pour comprendre le chemin à parcourir, on pourrait notamment envisager les questions auxquelles il est possible de répondre dans l'immédiat, grâce aux données disponibles, et se demander quelles données seront nécessaires pour répondre aux nouvelles questions qui seront soulevées. Le tableau 4 constitue un rapport d'étape. Il démontre notre capacité actuelle à répondre à une variété de questions, qui intéresseront bon nombre de personnes provenant de différents domaines, à l'aide d'information détaillée et systématique. La liste n'est pas exhaustive, ni nécéssairement plus importante que d'autres. Elle ne reflète pas non plus les besoins de tous. Elle vise cependant à traduire les intérêts d'un grand nombre de décideurs cliniques, administratifs et politiques.

Comme il est démontré dans le tableau, des progrès ont été réalisés, mais il reste encore beaucoup à faire. La plus grande lacune se situe peut-être au niveau des données sur les résultats.

Des leçons tirées de **Google**

Dans les jours précédant l'annonce dans les médias conventionnels d'une possible pandémie de grippe, Google, moteur de recherche populaire, a noté une montée en flèche des recherches sur la grippe provenant du Mexique, particulièrement de Mexico[10].

Dans le cadre de sa campagne de surveillance de la grippe aux États-Unis, Google avait établi un lien entre le nombre de requêtes Internet sur la grippe et le nombre véritable de cas. Les autorités mexicaines n'ont toutefois sonné l'alerte qu'environ une semaine plus tard[10]. Quoiqu'on puisse se demander si une semaine de préavis aurait pu faire une différence dans la propagation mondiale du virus, à plus grande échelle, il est bon de noter que des intérêts commerciaux ont devancé les responsables de la surveillance dans la détection d'une maladie infectieuse.

Si Internet ne sert pas encore vraiment d'outil de surveillance épidémiologique en temps réel fondé sur les comportements des utilisateurs, il fait cependant peu de doute qu'un changement radical s'est produit. Selon la méthode ancienne et lente de surveillance de la santé publique, un médecin aurait rapporté un cas de maladie à déclaration obligatoire à une entité gouvernementale. Cette méthode, au Canada du moins, requiert la collaboration et la participation de 13 systèmes de santé, c'est-à-dire celui de chaque province et territoire. En revanche, Google opère dans le cyberespace, où les résultats sont quasi instantanés et où il n'y a pas de frontières. Aucun gouvernement n'aurait les ressources pour créer, maintenir et améliorer des systèmes comme le fait Google. Cette entreprise, ou d'autres moteurs de recherche comparables, pourrait très bien devenir notre agent de surveillance en matière de santé publique dans les prochaines années.

Le monde de l'information a changé à une vitesse vertigineuse. De grandes bibliothèques numérisent actuellement leurs documents. Les téléphones cellulaires sont devenus des appareils de communication et de divertissement puissants aux fonctionnalités multiples. Il est impossible de prédire avec certitude quelles nouvelles applications et méthodes de communication demeureront, mais si les connaissances sont la clé du pouvoir, il est déjà clair que le pouvoir en question est passé des mains des experts aux mains d'une masse de consommateurs pour qui la recherche n'a plus de secrets. L'information est maintenant beaucoup plus décentralisée et démocratisée. Les blogues, les réseaux sociaux et les flux d'information multicanaux ont changé le monde. Des quotidiens autrefois très puissants ont dû abandonner leur édition papier à Seattle et à Denver. Sur Internet, des renseignements douteux se mêlent librement aux articles révisés par les pairs.

Les soins de santé sont le terreau de premier choix pour ces tendances. Voici des exemples internationaux d'innovations, inexistantes il y a dix ans :

- **Des dossiers de santé électroniques (DSE) créés par des géants de l'informatique :** Les Canadiens peuvent maintenant créer leur propre dossier grâce à Google. De plus, Microsoft s'est associée à TELUS pour implanter l'utilisation de son produit, HealthVault[1]. Ces logiciels constituent bien plus que des archives passives d'information personnelle sur la santé; ils peuvent être liés à des bases de données sur les dispensateurs, à des portails d'information Internet et à des sites commerciaux du secteur des soins de santé. La Cleveland Clinic, qui offre une vaste gamme de consultations et de services payés à l'acte, utilise maintenant la plateforme de Google[2].
- **La recherche d'information agrégée sur le rendement des systèmes plus près du temps réel :** Le National Health Service (NHS) du Royaume-Uni produit des données complètes sur les temps d'attente en un mois à peine[3].

Tableau 4. Rapport d'étape sur dix questions clés

Question	Justification	Données requises	Disponibles en 1998?	Disponibles en 2008?
Quels sont les coûts les plus élevés et les plus faibles par cas hospitalisé au pays?	Mesure de l'efficacité	Coûts pondérés et ajustés pour les groupes clients	Non	Relativement. Coût par cas pondéré publié à l'échelon régional. Bien que cette information existe à l'échelle des hôpitaux, des travaux sont en cours pour en améliorer la qualité.
Quel est le temps d'attente pour les principaux diagnostics et chirurgies par province et par région?	Mesure de l'accès	Calculs des temps d'attente normalisés	Non	Oui. Temps d'attente, selon les définitions normalisées, déclarés aux 50e et 90e percentiles et pourcentage des patients dont le temps d'attente correspond aux points de référence pour les principales interventions par province. Certaines mesures sont disponibles par région (p. ex. les chirurgies à la suite d'une fracture de la hanche).
Quel est le taux normalisé de mortalité hospitalière dans les grands hôpitaux canadiens?	Indicateur d'envergure de la qualité	Données normalisées ajustées en fonction de la gravité	Non	Oui. Publiées par les hôpitaux.
Quel pourcentage de patients ayant subi une chirurgie de la cataracte a bénéficié d'une amélioration notable de leur vision après l'intervention?	Mesure de la pertinence et des résultats après les soins	Mesures de l'acuité visuelle avant et après la chirurgie	Non	Non
Quelle proportion d'examens de TDM, d'IRM et de TEP a révélé de nouvelles données cliniques et a changé la méthode de prise en charge et les résultats?	Mesure de la pertinence et des retombées de technologies diagnostiques coûteuses aux taux d'utilisation en forte hausse	Données sur le diagnostic clinique posé avec ou sans imagerie médicale, et changements dans la prise en charge et les résultats attribuables aux examens	Non	Non

Question	Justification	Données requises	Disponibles en 1998?	Disponibles en 2008?
Quel pourcentage de patients reçoivent un médicament contre-indiqué?	Mesure de la pertinence et de la sécurité	Données complètes à l'échelle des patients liant les diagnostics aux médicaments prescrits et aux contre-indications	Non	Partiellement disponibles pour certains groupes (p. ex. le nombre de personnes âgées ayant reçu une ordonnance d'un médicament inscrit sur la liste Beers des médicaments potentiellement contre-indiqués)
Quel pourcentage de patients ayant reçu un diagnostic de cancer survit un, trois, cinq et dix ans?	Mesure de l'efficacité du traitement	Données complètes à l'échelle des patients sur les diagnostics et la survie	Non	Oui, pour les cancers les plus importants (p. ex. du poumon, du sein, de la prostate, colorectal)
En quoi l'obésité modifie-t-elle l'utilisation des soins de santé et les résultats pour la santé au fil du temps?	Mesure des conséquences d'un facteur de risque de plus en plus prévalent	Données longitudinales et mesures du poids et de la taille individuels au fil du temps	Non	Partiellement disponibles sur l'utilisation de certains services de santé par l'entremise d'enquêtes et de données administratives sur la santé couplées
Quel pourcentage de patients diabétiques reçoit tous les soins recommandés et requis pour gérer la maladie de façon adéquate?	Mesure de la qualité des soins	Données complètes sur les soins primaires aux patients diabétiques	Non	Non, bien que des données autodéclarées aient été publiées par certaines provinces pour certaines années dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada et pour toutes les provinces en 2008 dans l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins primaires en santé de Statistique Canada.
Combien coûte une année supplémentaire de vie pondérée par la qualité pour chaque grande catégorie de chirurgie (p. ex. pontage aortocoronarien, angioplastie, tumorectomie, transplantation rénale)?	Indication du rendement comparatif de certains capitaux investis dans les soins de santé	Coût par cas et résultats au fil du temps, souvent par sous-groupes	Non	Non

- **Des dossiers de santé conviviaux et participatifs :** À la Group Health Cooperative de Seattle, le modèle de DSE repose sur les besoins et les préférences des patients. Par ailleurs, les Danois ont accès à leur DSE en ligne et peuvent consulter la liste des dispensateurs de soins qui ont examiné leur dossier[4].
- **Des analyses qui ne font pas que décrire, mais qui révèlent également les causes et les effets :** Le flot continu d'information fournie aux praticiens et aux gestionnaires, qui dessine la courbe du rendement et qui souligne les conséquences de changements souvent subtils apportés à leur pratique, constitue la base pour améliorer la qualité et la sécurité. L'amélioration des soins fournis aux personnes atteintes de fibrose kystique aux États-Unis et ailleurs dans le monde a été rendue possible par la création de microsystèmes axés sur les données auxquels participent les praticiens, les gestionnaires, les patients et leur famille. Les avantages pour les patients comprennent une amélioration de leur fonction pulmonaire et de leur indice de masse corporelle et l'obtention d'ordonnances fondées sur des données probantes[5].
- **De l'information qui aide les utilisateurs de soins de santé à choisir le lieu où ils recevront des soins et le dispensateur :** Au Royaume-Uni, le grand public peut consulter les taux de survie dans les 30 jours suivant une chirurgie cardiaque propres à un hôpital ou à un chirurgien[6] ainsi qu'une vaste gamme d'indicateurs comparatifs sur le rendement des hôpitaux, des établissements de soins de santé mentale, des services ambulanciers, etc.[7].

Les problèmes à l'horizon

Les personnes responsables de l'élaboration de politiques du secteur des soins de santé ainsi que celles qui conçoivent, financent et mettent en œuvre des systèmes d'information sur la santé devront naviguer sur cette mer mouvante et s'adapter aux nouvelles attentes. L'avenir de l'information sur la santé au Canada dépendra largement de la façon dont le système évoluera en réponse à différents points clés, tels que :

- **L'architecture des dossiers médicaux internes :** Les dossiers papier seront-ils convertis en format électronique ou aura-t-on recours à un concept totalement nouveau? Les patients auront-ils accès à leur dossier par Internet et pourront-ils déterminer qui peut le consulter? Les dossiers seront-ils organisés pour faciliter une approche d'équipe dans la prestation de soins ou celle-ci continuera-t-elle d'être assurée principalement par les médecins? Les concepteurs et les dispensateurs de soins percevront-ils les systèmes de Microsoft, de Google et d'autres percées dans le domaine comme des atouts ou des menaces?
- **L'utilisation de données générées de façon électronique à diverses fins :** Les gouvernements et les autorités de la santé seront-ils en mesure de recueillir les données à partir des dossiers internes afin de fournir des analyses plus poussées de la qualité, de l'efficacité et des résultats? Les cliniciens et d'autres professionnels de la santé auront-ils accès à des archives de données afin d'améliorer leur pratique? Le public aura-t-il accès à une information détaillée sur le rendement et à des comparaisons?

- **La possibilité d'intégrer les données des secteurs public et privé :** Certains gouvernements provinciaux reçoivent des données sur l'utilisation des soins, peu importe qui paie les services (p. ex. des bases de données sur les médicaments d'ordonnance reçus par la population dans son ensemble existent en Saskatchewan et en Colombie-Britannique). Les données sur la majorité des soins payés par le secteur privé (l'imagerie diagnostique, la physiothérapie, les services de soutien à domicile, etc.) ne sont pas incluses dans le dossier du patient.
- **La capacité de lier l'information reçue lors de rencontres cliniques à d'autres données sur les déterminants non médicaux de la santé :** Le revenu, la scolarité, la profession, l'environnement et nombre d'autres facteurs influent sur la santé. Ces renseignements sont donc de plus en plus nécessaires pour comprendre les besoins des personnes en matière de santé et pour élaborer des plans visant à les aider à maintenir et à améliorer leur santé. Ils sont également essentiels pour mieux comprendre les disparités en matière de santé chez les groupes de personnes vulnérables et pour s'attaquer simultanément à leurs causes fondamentales.
- **L'équilibre entre les avantages pour la collectivité et l'autonomie individuelle :** Un engagement universel a été pris pour protéger la confidentialité de l'information sur la santé. Cependant, il y a toujours débat quant à l'utilisation à grande échelle de données anonymisées, c'est-à-dire dépouillées de tout renseignement personnel qui permettrait d'identifier une personne, comme son nom et son adresse, sans consentement préalable[8]. On se demande également si les dispensateurs de soins de santé sont autorisés à empêcher les organismes publics de recueillir et d'analyser des données tirées de dossiers internes.

Voilà d'importantes questions. En résumé, la valeur de l'information sur la santé dépend entièrement de son utilisation.

Un grand nombre de détails techniques et politiques restent à régler. Des obstacles techniques sont toutefois franchis chaque jour; les appareils n'ont jamais été aussi puissants et abordables. Les enjeux fondamentaux ont trait à la culture. A-t-on besoin d'information plus abondante et plus détaillée? L'information sera-t-elle utilisée pour conjuguer les efforts du public, des dispensateurs et des gestionnaires du système de santé visant l'amélioration ou sera-t-elle perçue comme intrusive et menaçante? Les organisations de soins de santé considéreront-elles l'ouverture et la transparence comme des éléments clés de la responsabilisation et du progrès? Les acteurs clés du système seront-ils à l'aise dans un monde où le public et les patients connaissent mieux les forces et les faiblesses du système?

Les réponses à ces questions ne sont pas simples, mais l'orientation que la société entend adopter n'est plus un mystère. Depuis des décennies, on a demandé d'inclure davantage le public et les patients dans le processus décisionnel[9]. Un des plus grands obstacles pour y parvenir a été le déséquilibre d'information entre les dispensateurs et les bénéficiaires de soins. L'information a un grand effet égalisateur; elle offre la possibilité d'un partenariat plus engagé. Il faut souligner que la culture de l'information sur la santé et la transition vers un système de soins de santé de grande qualité et axé sur le patient sont étroitement liées. En définitive, cela pourrait s'avérer la leçon la plus précieuse et la plus constructive de la dernière décennie.

Références

1. TELUS Corporation, *TELUS Licences Microsoft HealthVault to Launch TELUS Health Space, Canada's First Consumer e-Health Platform*, 6 mai 2009. Consulté le 16 juillet 2009. Internet : <http://www.newswire.ca/en/releases/archive/May2009/06/c8821.html>.
2. M. Merrill, *Cleveland Clinic to Become Site of First Google Health PHR Pilot*, 2008. Consulté le 17 juillet 2009. Internet : <http://www.healthcareitnews.com/news/cleveland-clinic-become-site-first-google-health-phr-pilot>.
3. Ministère de la Santé du Royaume-Uni, *Hospital Waiting Times and List Statistics*, 2009. Consulté le 17 juillet 2009. Internet : <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Statistics/Performancedataandstatistics/HospitalWaitingTimesandListStatistics/index.htm>.
4. E. Harrell, *In Denmark's Electronic Health Records Program, a Lesson for the U.S.*, 2009. Consulté le 17 juillet 2009. Internet : <http://www.time.com/time/health/article/0,8599,1891209,00.html>.
5. L. J. Britton, S. Thrasher et H. Gutierrez, « Creating a Culture of Improvement: Experience of a Pediatric Cystic Fibrosis Center », *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 23, n° 2 (2008), p. 115-120.
6. Care Quality Commission, *Heart Surgery in the United Kingdom. Information for Patients*, 2009. Consulté le 17 juillet 2009. Internet : <http://heartsurgery.cqc.org.uk/information-for-patients.aspx>.
7. Care Quality Commission, *Compare Healthcare Organizations*, 2009. Consulté le 17 juillet 2009. Internet : <http://2008ratings.cqc.org.uk/findcareservices/informationabouthealthcareservices/overallperformance/compareorganisations.cfm>.
8. C. Black et coll., *Data, Data Everywhere . . .: Improving Access to Population Health and Health Services Research Data in Canada*, 2005. Consulté le 17 juillet 2009. Internet : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/28082.html>.
9. L. Segal, « The Importance of Patient Empowerment in Health System Reform », *Health Policy*, vol. 44, n° 1 (2009), p. 31-44.
10. O. El Akkad, « Google Searches Were First Indication of Outbreak », *The Globe and Mail*, Toronto (Ont.), 1er mai 2009.

Conclusion : perspectives

S'il existe un thème d'ensemble pour désigner les soins de santé fournis au pays durant les dix dernières années, c'est bien *abondance*. En effet, les dépenses ont augmenté de façon substantielle comparativement à la restriction de la décennie précédente. De nombreux organismes ont vu le jour. Au chapitre des produits pharmaceutiques, l'administration de statines est montée en flèche et les dépenses se sont accrues plus rapidement que dans tout autre secteur. Le nombre d'interventions pratiquées a également augmenté, et les temps d'attente ont diminué, à quelques exceptions près. Les équipements de pointe en imagerie diagnostique se sont répandus. Il y a plus de gens qui travaillent dans le secteur de la santé qu'il y a dix ans. Les inscriptions en médecine ont atteint des taux records et celles en sciences infirmières, des niveaux qu'on n'a pas vus en 30 ans.

Qu'a pu révéler le rapport au sujet de toute cette activité? Globalement, nous pouvons compter l'argent et les unités d'activité, mais nous manquons de précisions sur certains points, tels que les services prodigués par les médecins qui ne sont pas rémunérés à l'acte. Nous sommes en mesure de décrire les changements observés dans la distribution des services et des fonds. Nous disposons de plus de données issues d'enquêtes sur l'état de santé et, par conséquent, de plus d'information sur le lien entre le statut socioéconomique, l'état de santé et l'utilisation des soins de santé. En outre, un plus grand nombre de données normalisées, qui permettent de comparer les régions et les provinces, sont fournies, même si, à cet égard aussi, la déclaration des indicateurs est fluctuante et que le découpage des régions change fréquemment.

Le but ultime du présent rapport est de mettre en lumière les liens entre l'état de santé, les besoins en matière de soins de santé, les services de santé et les résultats. Nous pouvons en dire beaucoup plus long sur ces liens qu'il y a dix ans, mais le tableau demeure incomplet. Bien que nous puissions produire des rapports sur les taux de survie après 30 jours — et, dans certains cas, après un an — des patients ayant subi une chirurgie cardiaque, nous ne pouvons dire si ces patients sont toujours en vie ni connaître leur état de santé cinq ans après l'intervention. De même, nous ne disposons pas de données systématiques sur la qualité de vie des personnes qui ont subi une arthroplastie de la hanche ou du genou. En outre, nous en savons peu sur les coûts comparatifs des interventions dans les différentes parties du pays. L'efficacité des soins primaires demeure également un mystère.

De nouvelles questions émergent, et nous avons besoin de données pour y répondre. La prochaine décennie s'avérera une période critique dans le renforcement des capacités d'information sur la santé. Les dossiers de santé électroniques représentent une mine d'or potentielle pour appuyer les analyses à différents niveaux, mais seulement si cette utilisation est prévue lors de la création de leur architecture et dans les règlements régissant l'accès aux données. Pour comprendre *où* et *pourquoi* les soins de santé sont efficaces ou non, nous devons établir un lien entre les données complètes provenant de sources diverses. À ce chapitre également, le progrès dépendra de politiques et de pratiques qui favorisent l'analyse tout en protégeant la vie privée.

L'ICIS, qui est un organisme pancanadien, manifeste un intérêt particulier pour les données complètes. Il est évident que des données sur l'ensemble de la population fournissent la meilleure information. Il n'est cependant pas toujours possible, ni nécessaire, de créer et de maintenir des bases de données nationales. Une bonne partie du présent rapport repose sur des données partielles, souvent complétées par la documentation scientifique. Notre objectif n'est pas de créer des entrepôts de données, mais d'aider les Canadiens à mieux comprendre le système et à l'améliorer. L'exhaustivité encyclopédique ne devrait pas s'opposer au récit partiel suggestif et pertinent. De ces analyses et résultats exploratoires naît souvent un intérêt pour la création de meilleures données. On peut s'attendre à ce qu'un milieu de soins de santé axé sur la qualité et produisant de plus en plus de données génère une information locale plus poussée pour laquelle des données complètes sur l'ensemble du pays sont souhaitables, quoique non essentielles.

Il est certes risqué de prédire ce que seront les soins de santé ou l'information sur la santé dans dix ans, mais certaines tendances se dégagent nettement :

- L'infrastructure de l'information sur la santé sera bien meilleure.
- D'ici 2019, chaque citoyen canadien devrait avoir un dossier de santé électronique, et les dossiers papier seront beaucoup moins utilisés.
- Des analyses et des modèles en temps réel, qui permettent de transmettre des données accessibles dans différents formats, seront produits.
- Le public disposera d'une banque d'information en ligne sans cesse grandissante dans laquelle il pourra puiser.
- Les gouvernements devront produire des rapports plus complets sur les résultats et l'optimisation des investissements.

Toutefois, il est difficile de prévoir dans quelle mesure les soins de santé et l'information sur la santé proviendront de *réels* partenariats entre le système de santé et le public. Si l'accent qui est maintenant mis sur l'attention fournie aux patients s'intensifie, les attentes et les préférences du public influeront sur les politiques et les pratiques comme jamais auparavant. Dans cette optique, on peut prévoir l'utilisation de dossiers de santé électroniques interactifs, l'adoption de mesures importantes et la production de rapports sur les expériences des patients ainsi que des portails qui permettront au public de consulter, et même d'analyser, des données autrefois inaccessibles. S'ils faisaient l'objet d'une vigoureuse promotion, ces progrès transformeraient littéralement le système. Ce faisant, ils jetteraient les bases pour la production du rapport *Les soins de santé au Canada 2019*, qui sera sans doute bien différent de cette 10e édition.

Index

Remarque
La lettre « f » devant un numéro de page indique que le sujet est abordé dans une figure, un tableau ou un encadré.

A

accès aux soins
- amélioration, 77
- éléments clés, 66, 68
- financement, f-46
- régions rurales ou éloignées, 68

accident vasculaire cérébral (AVC)
- hospitalisation, évolution du taux d'événements menant à une, f-36
- qualité des soins, 94

accidents de la route, hospitalisation, f-38
adolescents, tabagisme, 35, 41
affaire Chaoulli, 66, 67
Agence de la santé publique du Canada, 21
aînés, taux de pauvreté, 39
Alberta
- arthroplastie de la hanche, f-72, 79
- arthroplastie du genou, f-73, 79
- chirurgie de la cataracte, 79
- diabète, traitement, f-94
- dossiers de santé électroniques, 22, 23
- imagerie par résonance magnétique, f-70, f-71
- infirmières, pénurie, 54
- pontage aortocoronarien, 79
- portail Alberta Netcare, 22, 23
- promotion de la santé, f-32
- qualité des soins, f-84
- radiothérapie, 79
- soins de santé privés, 67
- télésanté, f-64
- tomodensitométrie, f-70, f-71

amélioration de la santé, stratégies, 34
angioplastie, évolution du taux, 36, f-37
antirétroviraux, avancées, 24, 25
arthroplastie de la hanche
- points de référence, 79
- pourcentage des patients traités dans les délais prescrits par province, 79
- taux par province, f-72
- temps d'attente, 72

arthroplastie du genou
- points de référence, 79
- pourcentage des patients traités dans les délais prescrits par province, 79
- taux, f-73
- temps d'attente, 73

arthroplastie, augmentation du taux, 25
asthme pédiatrique, hospitalisation selon le statut socioéconomique, f-38

B

blessures, hospitalisation selon le statut socioéconomique, f-38

C

cancer
- évolution des traitements pharmaceutiques, 25
- survie, évolution du taux relatif à la, f-76

cancer du sein
- erreurs de dépistage, 89
- survie, évolution du taux relatif à la, f-76

cardiologie, qualité des soins, 94
cellules souches, avancées, 23
chirurgie
- avancées, 21
- cliniques privées, 67
- erreurs médicales, 88
- temps d'attente, 72

chirurgie cardiaque
- erreurs médicales, 88
- taux, 73
- temps d'attente, 73

chirurgie de la cataracte
effet nocif, 57
points de référence, 79
pourcentage des patients traités dans les délais prescrits par province, 79
résultats, 74
taux par province, f-74
temps d'attente, 74
chutes accidentelles, hospitalisation selon le statut socioéconomique, f-38
Clostridium difficile, erreurs médicales, 88
Colombie-Britannique
arthroplastie de la hanche, f-72, 79
arthroplastie du genou, f-73, 79
chirurgie de la cataracte, f-74, 79
diabète, traitement, f-94
imagerie par résonance magnétique, f-70, f-71
infarctus aigu du myocarde, 37
maladies chroniques, gestion des, 40
pontage aortocoronarien, 79
promotion de la santé, f-32
radiothérapie, 79
sécurité des patients, f-84
soins de santé privés, 67
tabagisme, 35
télésanté, f-64
tomodensitométrie, f-70, f-71
Commission de la santé mentale du Canada, 21
Commission sur l'assurance maladie (Saskatchewan), 20, 92
Commission sur l'avenir des soins de santé, 92
conditions propices aux soins ambulatoires
hospitalisation, f-38, f-93
qualité des soins, 94
Conseil canadien de la santé, 92
Conseil de recherches médicales. *Voir* Instituts de recherche en santé du Canada
coûts associés à la recherche, 24, 25
cybersanté, 23, 95

D

démographie, 38
dépenses de santé
évolution, 19, 49
facteurs de changement, 55-56
lien avec les résultats, 56-57
médicaments, f-54, 55
par affectation de fonds, évolution, 48
par habitant selon l'âge et le sexe, évolution, f-50
personnel de la santé, 51-54, f-52
pourcentage du PIB, f-48
pourcentage du PIB, situation internationale, f-49
projections, 58-59
secteur public, f-18
vieillissement de la population, 50
dépenses en médicaments
augmentation, 54
inégalités, 55
part du public, situation internationale, f-54
dépistage du cancer du sein, erreurs médicales, 89
Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!, 92, 93, 94
diabète
hospitalisation selon le statut socioéconomique, f-38
prévalence, évolution, f-35
traitement, f-94
dialyse, erreurs médicales, 89
dossiers de santé électroniques
avancées, 23
financement, f-46, 103
projections, 112
utilité, 106

E

eau contaminée, 89
enfants
  hospitalisation après une blessure, f-38
  pauvreté, 39
épidémies, dépistage, 21
erreurs médicales
  cas notables, 88-89
  mortalité hospitalière à la suite d', 20
  prévention, 87
espérance de vie, évolution, 35
état de santé
  autoévaluation, évolution, f-35
  tendances, 35
étude Baker-Norton, 20
études en médecine, augmentation
  du nombre d'inscriptions, 54

F

financement de la santé, évolution, 19-20, f-46
fumée secondaire, réduction de l'exposition, 40

G

Google
  Google Health, 23
  prédiction de la pandémie de grippe, 103

H

Health Quality Council of Saskatchewan, 92
HealthVault (Microsoft), 23, 103
Herceptin, 22-23
hospitalisation
  accident vasculaire cérébral, f-36
  taux normalisé selon l'âge et le
  statut socioéconomique, f-38
hypertension, évolution de la prévalence, f-35

I

Île-du-Prince-Édouard
  arthroplastie de la hanche, f-72, 79
  arthroplastie du genou, f-73, 79
  chirurgie de la cataracte, f-74, 79
  diabète, traitement, f-94
  imagerie par résonance magnétique, f-70, f-71
  pontage aortocoronarien, 79
  radiothérapie, 79
  soins de santé privés, 67
  tomodensitométrie, f-70, f-71
imagerie diagnostique
  accès, f-70, f-71
  cliniques privées, 67
  évolution, 22
imagerie par résonance magnétique (IRM)
  évolution, 22
  taux d'appareils, f-70
  taux d'examens par province et territoire, f-71
infarctus aigu du myocarde, f-37
infections nosocomiales, prévention, 87
infirmières autorisées, 51, f-52
infirmières auxiliaires autorisées, 51, f-52
infirmières, pénurie, 52-53
information sur la santé
  collaboration public-privé, 107
  confidentialité des données, 107
  démocratisation, 103
  évolution de la disponibilité, 104-105
  importance aux fins de planification, 102
  liaison des données, 107
  projections, 112
Inforoute Santé du Canada, 69
  financement, f-46
  fondation, 21
Institut canadien pour la sécurité des patients, 92
Instituts de recherche en santé du Canada, 21
Internet comme outil de surveillance
  épidémiologique, 103

L

leucémie, évolution du taux de survie, f-76
lutte antitabac, 40
lymphome non hodgkinien, évolution
    du taux de survie, f-76

M

maladies cardiovasculaires
    évolution des traitements, 24, 36-37
    mortalité, 37
maladies pulmonaires obstructives
    chroniques, f-38
Manitoba
    arthroplastie de la hanche, f-72, 79
    arthroplastie du genou, f-73, 79
    chirurgie de la cataracte, 79
    diabète, traitement, f-94
    imagerie par résonance
        magnétique, f-70, f-71
    pontage aortocoronarien, 79
    promotion de la santé, f-32
    radiothérapie, 79
    sécurité des patients, f-84
    soins de santé privés, 67
    télésanté, f-64
    tomodensitométrie, f-70, f-71
médecine légale, erreurs médicales, 89
médecins spécialistes, accès, 70
médecins, pénurie, 52-53
médicaments biologiques, 22-23
médicaments, événements indésirables, 88
mélanome, évolution du taux de survie, f-76
Microsoft. *Voir* HealthVault (Microsoft)
mortalité hospitalière à la suite
    d'erreurs médicales, 20

N

Nouveau-Brunswick
    arthroplastie de la hanche, f-72, 79
    arthroplastie du genou, f-73, 79
    chirurgie de la cataracte, f-74, 79
    diabète, traitement, f-94
    imagerie par résonance
        magnétique, f-70, f-71
    pontage aortocoronarien, 79
    promotion de la santé, f-32
    qualité des soins, f-84
    radiothérapie, 79
    soins de santé privés, 67
    télésanté, f-64
    temps d'attente, chirurgies, f-77
    tomodensitométrie, f-70, f-71
Nouvelle-Écosse
    arthroplastie de la hanche, f-72, 79
    arthroplastie du genou, f-73, 79
    chirurgie de la cataracte, f-74, 79
    diabète, traitement, f-94
    imagerie par résonance
        magnétique, f-70, f-71
    pontage aortocoronarien, 79
    promotion de la santé, f-32
    radiothérapie, 79
    soins de santé privés, 67
    télésanté, f-64
    tomodensitométrie, f-70, f-71

O

obésité, f-35
Ontario
    arthroplastie de la hanche, f-72, 79
    arthroplastie du genou, f-73, 79
    chirurgie de la cataracte, f-74, 79
    diabète, traitement, f-94
    imagerie par résonance
        magnétique, 22, f-70, f-71
    lutte antitabac, 40, 41
    pontage aortocoronarien, 79
    promotion de la santé, f-32

qualité des soins, f-84
radiothérapie, 79
soins de santé privés, 67
tabagisme, 41
télésanté, f-64, 69
tomodensitométrie, 22, f-70, f-71
tomographie par émission de positons, 22
optimisation des ressources, difficulté d'évaluation, 57, 58

P

personnes âgées, taux de pauvreté, 39
pontage aortocoronarien
points de référence, 79
pourcentage des patients traités dans les délais prescrits par province, 79
taux, évolution, 36, f-37
professionnels de la santé
élargissement du champ d'activités, 60
nombre, variation du, 51, f-52
Programme commun d'évaluation des médicaments, 55

Q

qualité des soins
amélioration, 95
amélioration, situation internationale, 91
constats généraux, 86-87
étude de la, 90, 92
évolution, f-84
financement, f-46
incidents, 88-89
intérêt pour, 20
Québec
arthroplastie de la hanche, f-72, 75, 79
arthroplastie du genou, f-73, 75, 79
chirurgie de la cataracte, 79
diabète, traitement, f-94
imagerie par résonance magnétique, f-70, f-71
Info-Santé, f-64
pontage aortocoronarien, 79
radiothérapie, 79
sécurité des patients, f-84
soins de santé privés, 67
tomodensitométrie, f-70, f-71
tomographie par émission de positons, 22

R

radiothérapie
erreurs médicales, 89
points de référence, 79
pourcentage des patients traités dans les délais prescrits par province, 79
résultats à long terme, 76
temps d'attente, 76
réforme de la santé, financement, f-46
régions rurales ou éloignées, accès aux soins, 68
ressources humaines de la santé
évolution des effectifs, 58
projections, 58-60
résultats pour la santé
efforts pour la qualité des soins et la sécurité des patients, 93, 94
lien avec les dépenses de santé, 56-57
rapports pertinents, 59
retraite des travailleurs de la santé, 59
revascularisation, évolution du taux, f-37

S

santé
évolution de la, f-26-27
inégalités, 41, 42
voir aussi amélioration de la santé
santé mentale, hospitalisation selon le statut socioéconomique, f-38
Saskatchewan
arthroplastie de la hanche, f-72, 79
arthroplastie du genou, f-73, 79
chirurgie de la cataracte, f-74, 79
diabète, traitement, f-94
imagerie par résonance magnétique, f-70, f-71
maladies chroniques, gestion des, 40

pontage aortocoronarien, 79
promotion de la santé, f-32
qualité des soins, f-84
radiothérapie, 79
soins de santé privés, 67
tabagisme, 35
télésanté, f-64
tomodensitométrie, f-70, f-71
science et technologie
avancées, 21-24
dossiers de santé électroniques lancés par l'entreprise privée, 103, 106
effet sur les dépenses de santé, 57
information sur le rendement des systèmes, 103, 106
Internet comme outil de surveillance épidémiologique, 103
secteur public, dépenses de santé, f-18
sécurité des patients
amélioration, 95
constats généraux, 86-87
études de la, 92
évolution, f-84
incidents, 88-89
sida, avancées médicales, 24, 25
Société canadienne du sang, 21
soins de santé
évolution, f-26-27
facteurs de changement, 19
jalons, f-16
projections, 60
soins de santé primaires
accès, 69, 70
cliniques privées, 67
évolution, 111
soins de santé privés
autorisés, 67
définition, 67
statut socioéconomique
infarctus aigu du myocarde, 37
santé et, 38-39
utilisation des soins de santé selon le, 51
systèmes d'archivage et de transmission d'images (PACS), 23

T

tabagisme
adolescents, 41
taux, 35
voir aussi lutte antitabac
technologies de l'information
contribution du secteur privé, 23
systèmes d'archivage et de transmission d'images, 23
télésanté, f-64, 68, 69
TELUS Espace Santé, 23, 103
temps d'attente
arthroplastie du genou, 73
chirurgies, 72, 73, 74
conséquences, 68
garanties, f-46
mesure, complexité de la, 68-69
points de référence, 79
radiothérapie, 76
réduction, 20-21, 76-78
réduction, situation internationale, 77
Terre-Neuve-et-Labrador
arthroplastie de la hanche, f-72, 79
arthroplastie du genou, f-73, 79
chirurgie de la cataracte, f-74, 79
diabète, traitement, f-94
faible poids à la naissance, 39
imagerie par résonance magnétique, f-70, f-71
infarctus aigu du myocarde, 37
maladies chroniques, gestion des, 40
pontage aortocoronarien, 79
qualité des soins, f-84
radiothérapie, 79
télésanté, 69
tomodensitométrie, f-70, f-71
Territoires du Nord-Ouest
imagerie diagnostique, f-70
télésanté, f-64

tomodensitométrie (TDM)
évolution, 22
taux d'appareils, f-70
taux d'examens par province et territoire, f-71
tomographie par émission de positons (TEP), 22
toxicomanie, hospitalisation selon le
statut socioéconomique, f-38
traitements personnalisés, avancées, 22-23
Transfert canadien en matière de santé, 20
transferts fédéraux pour la santé, 19-20
troubles affectifs, f-38
troubles anxieux, f-38

V

Vioxx (rofecoxib), 24, 25
virus de l'immunodéficience humaine,
avancées médicales, 24, 25

W

Western Canada Waiting List Project, 20

Y

Yukon
imagerie diagnostique, f-70
télésanté, f-64

www.icis.ca *À l'avant-garde de l'information sur la santé*
www.cihi.ca *Taking health information further*