

L e r e n o u v e l l e m e n t d e s s o i n s  
d e s a n t é a u C a n a d a :  
*Accélérer le changement*

Janvier 2005

## *LISTE DES MEMBRES DU CONSEIL 2003/2004*

Dre Jeanne Besner  
M. Bernie Blais (Nunavut)  
Dr Ian Bowmer  
Mme Nellie Cournoyea  
M. Michael Decter (président)  
M. Jean-Guy Finn  
M. Albert Fogarty (Île-du-Prince-Édouard)  
Mme Deborah Fry (Terre-Neuve et Labrador 2003/2004)  
M. J. Camille Gallant\*  
Mme Simone Comeau Geddry  
Dr Alex Gillis (Nouvelle-Écosse 2004 -)  
Mme Donna Hogan (Yukon)  
Chef Roberta Jamieson (vice-président)  
M. Jose Kusugak  
M. Michel C. Leger (Nouveau-Brunswick)  
M. Steven Lewis  
Mme Lyn McLeod (Ontario)  
Dr Robert McMurtry  
M. George Morfitt  
M. Dave Murray (Territoires du Nord-Ouest 2003/2004)  
M. Robert Nakagawa (Canada)  
Mme Verda Petry  
Dr Brian Postl  
Mme Elizabeth Snider (Territoires du Nord-Ouest 2004 -)  
M. Milton Sussman (Manitoba)  
Dr Tom Ward (Nouvelle-Écosse 2003/2004)  
Dr Les Vertesi (Colombie-Britannique)  
Mme Glenda Yeates (Saskatchewan 2003/2004)

Le Conseil regrette d'annoncer le décès prématuré du membre J. Camille Gallant, survenu en août 2004, et aimerait souligner sa contribution au sein du Conseil canadien de la santé.

## TABLE DES MATIÈRES

Message de Michael Decter, Président du Conseil canadien de la santé . . . . .	2
Qui nous sommes . . . . .	4
Ce que nous faisons . . . . .	4
L'accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé . . . . .	5
La santé des Canadiens . . . . .	7
La promotion d'habitudes saines . . . . .	8
La santé des Autochtones . . . . .	10
La sécurité des patients . . . . .	13
L'accès aux services de santé . . . . .	15
Les soins de santé primaires . . . . .	16
Les soins à domicile	
La gestion des médicaments . . . . .	24
Les temps d'attente . . . . .	27
Les infrastructures nécessaires pour appuyer le renouvellement des soins de santé . . . . .	33
Les gens . . . . .	34
La technologie de l'information . . . . .	40
Le financement . . . . .	42
Information publique/Indicateurs de santé comparables . . . . .	45
Perspectives . . . . .	47
Dernières réflexions . . . . .	48
Annexe A Tableaux d'information . . . . .	49

## *MESSAGE DE MICHAEL DECTER, PRÉSIDENT DU CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ*

Le système de soins de santé canadien est bien établi; il est très apprécié des Canadiens et comble un large éventail de besoins. Il fournit d'importants services de santé aux consommateurs canadiens mais ses services doivent être réexaminés pour combler les attentes croissantes du public en matière de soins.

Les Canadiens sont préoccupés quant à l'avenir du système. Auront-ils accès à des soins de santé de qualité quand ils en auront besoin? Le renouvellement et le renforcement des soins de santé est une importante question pour les Canadiens. Cela suppose moderniser nos modes de prestation et élargir les services fournis.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et la communauté des soins de santé relèvent le défi. En 2000, les premiers ministres ont entamé des discussions sur les priorités en ce qui avait trait au renouvellement de notre système de santé public. Avec l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé et le Plan décennal de 2004 des premiers ministres, les gouvernements ont élaboré un plan national, prévu un financement accru et atteint un consensus définitif quant à la forme que doit prendre le renouvellement.

Les professionnels et les fournisseurs de soins de santé ont prodigué des conseils et travaillé à l'élaboration de méthodes nouvelles et innovatrices pour combler les besoins complexes en matière de services de santé pour les Canadiens. Grâce à l'établissement des priorités stratégiques, un financement accru et la participation des professionnels et des fournisseurs, nous pouvons aller de l'avant.

Le Conseil canadien de la santé a été établi par les premiers ministres pour surveiller et faire rapport sur la mise en oeuvre de l'Accord de 2003, qui vise avant tout à améliorer les services de santé. La seule raison pour laquelle on fournit des soins de santé est d'améliorer la santé; nous

considérons donc qu'il fait partie de notre mandat de faire rapport sur l'amélioration de l'état de santé des Canadiens. Le Plan décennal de 2004 a réitéré cette idée en nous chargeant expressément de déposer annuellement un rapport sur l'état de santé et les résultats pour la santé.

Nous informerons les Canadiens afin de les encourager à participer au processus visant à déterminer la meilleure façon de renouveler les soins de santé. Il est crucial que les Canadiens veillent à ce que nous tirions le meilleur profit du financement disponible. Les efforts de renouvellement ne seront fructueux que si les Canadiens y participent.

Ce premier rapport couvre les activités mises en oeuvre ou prévues à l'échelle du pays à la suite de l'Accord de 2003. Les domaines prioritaires sont la santé des Canadiens, les soins de santé primaires, les médicaments, les soins à domicile, les ressources humaines de la santé et les infrastructures nécessaires pour appuyer le renouvellement. Le Conseil considère avoir fait un grand pas en avant en ce qui concerne le renouvellement. Nous sommes conscients d'en être encore aux premiers stades et que le progrès prend du temps. Nous croyons cependant que le rythme du renouvellement doit être accéléré mais que d'importants obstacles entravent ce processus. Il n'y a aucune garantie que les objectifs et orientations louables établis par les gouvernements et enchâssés dans les trois accords sur la santé porteront fruit si ces obstacles ne sont pas éliminés.

Historiquement, nous avons appris deux dures leçons au sujet des soins de santé. L'une est que le changement est difficile, même quand toutes les indications en prouvent la nécessité. Les soins de santé sont un système vaste et complexe. Il est plus facile de ne pas changer que de changer. La seconde leçon est qu'il est plus facile d'augmenter les dépenses en soins de santé que d'obtenir des résultats. Il est particulièrement

est plus facile de consacrer davantage de fonds aux soins de santé que d'obtenir des résultats. Il est particulièrement crucial de vouloir obtenir le rendement maximal si l'on investit des dizaines de milliards de dollars dans le système au cours des prochaines années.

Selon nous, nous jouons un rôle de témoin et de conseiller : pour donner un point de vue impartial sur le rythme de la progression, souligner les obstacles, et proposer des moyens pour accélérer le renouvellement.

De temps à autre, il se peut que nos rapports et nos conseils rendent les Canadiens, les fournisseurs et les gouvernements mal à l'aise. Nous croyons fermement que nous n'accomplirons pas notre mission si nous ne présentons pas un tableau impartial de la réalité. Nous réussissons si nos analyses, qui reposent sur des preuves tangibles et logiques, provoquent des débats constructifs et incitent davantage à l'amélioration. Nous avons l'intention d'exprimer les préoccupations des utilisateurs du système de soins de santé.

Jusqu'ici, nos travaux nous ont convaincus qu'il y a des domaines où les réformes doivent être accélérées. Voici des exemples :

- Les ressources humaines en santé - les infirmières, les médecins, les pharmaciens, les techniciens, les technologues, etc. doivent être formés en équipes et en nombre suffisant pour répondre à la demande future. Cette priorité est urgente. Si le nombre de fournisseurs de soins qui travaillent ensemble est insuffisant, tous les autres efforts ne mèneront à rien.

- L'attention doit être centrée sur la santé des Autochtones et des Premières nations - il faut accélérer les efforts visant à offrir des soins près de chez eux.
- Les soins de santé primaires - le premier point de contact pour les patients doit être renforcé et restructuré pour répondre aux besoins des Canadiens.
- La modernisation des dossiers de santé est un autre secteur où il faut accélérer les mesures à prendre. Notre système bancaire moderne bénéficie du soutien d'un dossier électronique robuste. Notre système de santé a besoin d'un système semblable capable de regrouper toute l'information sur un patient au point de prestation des soins - un dossier de santé électronique.

Au cours de la prochaine année, nous produirons une série de rapports publics pour souligner les pratiques novatrices dans les soins de santé primaires, les soins à domicile, la gestion des produits pharmaceutiques, la réduction des périodes d'attente et la planification des ressources humaines en santé. De plus, nous rendrons compte des fonds consacrés au renouvellement des soins de santé et nous mesurerons les avantages que l'on acquerra. Nous travaillerons avec les gouvernements, les fournisseurs, les gestionnaires et les Canadiens pour favoriser un changement rapide.

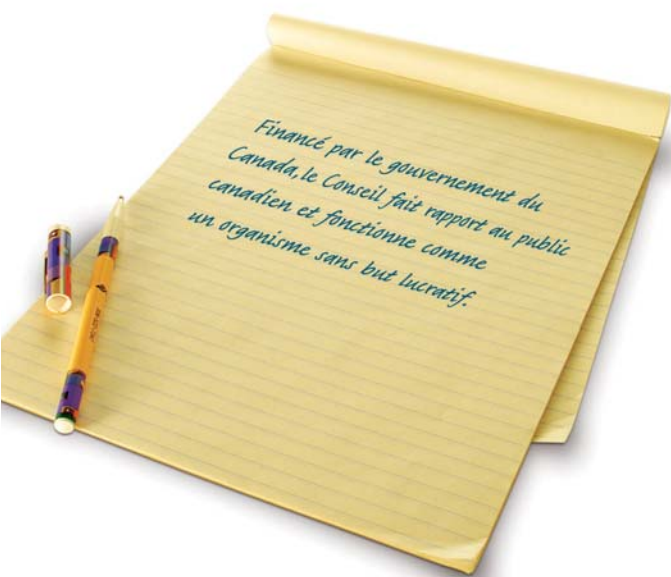
N'hésitez pas à nous faire parvenir vos commentaires et vos recommandations sur l'orientation à prendre pour renouveler le système de soins de santé du Canada.

Michael Decter

## QUI NOUS SOMMES

Les premiers ministres du Canada ont établi le Conseil dans leur Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé et ont rehaussé son rôle dans le Plan décennal de 2004. Les premiers ministres ont accepté les recommandations du Rapport Kirby, La santé des Canadiens - le rôle du gouvernement fédéral (octobre 2002) et le rapport de la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada (novembre 2003). Les deux rapports soulignaient l'importance d'un conseil indépendant qui serait chargé d'informer les Canadiens sur les questions liées à la santé, tout en faisant la promotion de l'imputabilité et de la transparence.

Financé par le gouvernement du Canada, le Conseil fait rapport au public canadien et fonctionne comme un organisme sans but lucratif. Nous avons 27 membres dont des représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des experts et des citoyens. Les membres du Conseil possèdent une vaste expérience et amènent des points de vue du gouvernement, de la gestion des soins de santé, de la recherche et de la vie communautaire partout au Canada.<sup>1</sup>



## CE QUE NOUS FAISONS

Le Conseil canadien de la santé est voué à l'avancement du renouvellement du système de soins de santé canadien et de la santé des Canadiens. Le Conseil est unique en ce sens qu'il s'adresse directement aux Canadiens en tant que consommateurs de soins de santé et qu'il offre un point de vue global sur l'état des soins de santé au Canada. Nos activités de base sont la surveillance et la préparation, à l'intention des Canadiens, de rapports sur le progrès du renouvellement des soins de santé et sur le rendement du système, ainsi que l'élaboration de stratégies visant à améliorer la santé des Canadiens.

Nous prenons notre rôle indépendant très au sérieux et nous avons l'intention de l'exercer dans le meilleur intérêt des Canadiens en soulignant, de manière constructive, les enjeux et les défis auxquels le système de soins de santé canadien fait face.

Le Conseil participera activement au renouvellement des soins de santé. Nous informerons les Canadiens qui essaient de comprendre leurs besoins en matière de soins de santé et nous les encouragerons à participer. Nous fournirons un aperçu et une analyse fondée sur des preuves pour expliquer pourquoi des améliorations sont nécessaires et comment elles sont réalisables, en s'inspirant des succès obtenus au Canada et ailleurs. Ces renseignements permettront aux usagers des soins de santé de comprendre ce qui a été promis et ce qui a été accompli.

Nous serons guidés par la conviction que tous les efforts et toutes les ressources doivent être mis au service du changement : établir et maintenir un système de soins de santé durable, accessible, abordable et de qualité. Nous reconnaissons à quel point il est important de profiter des réformes et de l'innovation qui s'effectuent actuellement, ainsi que de l'engagement de tous les partenaires à améliorer la santé des Canadiens.

<sup>1</sup> La province de Québec a accepté de collaborer avec le Conseil canadien de la santé. La province de l'Alberta n'est pas un membre.

# L'ACCORD DE 2003 DES PREMIERS MINISTRES SUR LA SANTÉ

Le point de départ du Conseil est l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, dans lequel il a été chargé de faire rapport sur la mise en oeuvre des initiatives qui y sont énoncées. Les premiers ministres ont déclaré que l'Accord constituait une entente permettant de s'assurer que :

- 1) tous les Canadiens aient accès à des soins de santé, au moment opportun, en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer, peu importe où ils vivent ou s'établissent au Canada;
- 2) les services de santé offerts aux Canadiens soient de qualité supérieure, efficaces, axés sur le patient et sûrs;
- 3) notre système de soins de santé soit viable, abordable, et que les Canadiens et leurs enfants puissent compter sur lui dans le futur.

En outre, les premiers ministres ont indiqué que le but ultime de l'Accord était de veiller à ce que les Canadiens :

- aient accès à un fournisseur de soins de santé 24 heures par jour, sept jours par semaine;
- aient accès, au moment opportun, à des procédures diagnostiques et à des traitements;
- n'aient pas à répéter leurs antécédents médicaux ni à subir les mêmes tests chaque fois qu'ils consultent un nouveau fournisseur de soins;
- aient accès à des services de qualité, à domicile et dans leur communauté;
- aient accès aux médicaments dont ils ont besoin sans assumer un fardeau financier excessif;
- puissent avoir accès à des soins de qualité quel que soit leur lieu de résidence;
- puissent voir leur système de soins de santé comme étant efficace, souple et adapté à leurs besoins changeants, à ceux de leur famille et de leur communauté, maintenant et à l'avenir.

Parmi les éléments-clés de l'Accord, soulignons que :

- 16,0 milliards seront versés sur cinq ans aux provinces et aux territoires pour un Fonds pour la réforme de la santé, qui ciblera les soins primaires, les soins à domicile et la couverture de type catastrophique des médicaments d'ordonnance;
- 1,5 milliard de dollars sont prévus pour améliorer l'accès aux services publics de diagnostic;
- 600 millions de dollars serviront à mettre en place l'infrastructure de technologie de l'information requise pour établir un système national de télé dossiers de santé - système qui est essentiel à la prestation de soins de qualité, à la sécurité des patients et aux services télésanté;
- 2,5 milliards seront investis afin de remédier aux pressions actuelles;
- 500 millions seront consacrés aux hôpitaux de recherche par l'entremise de la Fondation canadienne pour l'innovation;
- un montant supplémentaire de 1,3 milliard de dollars servira à appuyer les programmes de santé visant les Premières Nations et les Inuits afin de combler le fossé entre l'état de santé des Canadiens autochtones et non autochtones grâce à une meilleure intégration des services;
- 1,6 milliard de dollars seront investis dans des initiatives directement liées à l'Accord sur la santé, dont la sécurité des patients, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé, l'assurance-emploi pour les congés de compassion, remboursement de la TPS pour les institutions de santé, une stratégie nationale d'immunisation, la gouvernance et la reddition de comptes;
- l'établissement du Conseil canadien de la santé, formé de représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et d'éminents experts du domaine de la santé, afin d'évaluer le rendement du système et les progrès réalisés en matière de renouvellement.

En septembre 2004, les premiers ministres ont conçu un plan décennal visant à renforcer les soins de santé. L'élément-clé de ce plan avait trait à la réduction des temps d'attente pour les services de santé. Il abordait également plusieurs des questions soulevées dans l'Accord de 2003. Le présent rapport met en évidence les points du Plan de 2004 qui constituent un prolongement de points énoncés dans l'Accord de 2003. Nous ferons le point sur la mise en oeuvre du Plan décennal de 2004 dans notre prochain rapport annuel.

## Organisation du rapport

Ce rapport met l'accent sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de l'Accord de 2003 des premiers ministres. Il ne couvre pas tous les aspects de l'Accord, mais il est axé autour de trois grands thèmes, chacun décrit dans une section séparée. Ce sont :

- 1) La santé des Canadiens : notamment l'amélioration de la santé de la population, de la santé des Autochtones et de la sécurité des patients;
- 2) l'accès aux services de santé : notamment l'accès aux différents services et programmes de santé; et
- 3) les infrastructures nécessaires pour appuyer le renouvellement des soins de santé : notamment le soutien requis pour améliorer l'accès aux services et programmes de santé.

Les priorités de renouvellement énoncées dans l'Accord sont organisées et discutées dans chacune de ces sections. La section sur la *Santé des Canadiens* comprend une discussion des stratégies visant à améliorer la santé de la population, y compris (sans toutefois y être limité), l'immunisation, un accent particulier sur la santé des Autochtones et les questions liées à la sécurité des patients; la section sur l'Accès comprend une discussion sur les soins de santé, les soins à domicile, les médicaments et les temps d'attente pour les services. La section sur l'*Infrastructure* comprend une discussion sur les travailleurs de la santé, la technologie de l'information, le financement requis pour appuyer les réformes et les rapports au public reposant sur des indicateurs comparables sur l'état de santé.

Chaque section débute par une description de son importance pour les Canadiens et pour les soins de santé. Cette description est suivie d'un bref aperçu de la conjoncture actuelle, des questions et des défis, ainsi que des avantages du renouvellement. Chaque discussion se termine par un conseil sur la façon de faire progresser le renouvellement. Enfin, le rapport se termine par un résumé des travaux que le Conseil se propose d'accomplir l'an prochain.

On trouvera des renseignements détaillés sur les activités provinciales, territoriales et fédérales dans les tableaux situés à la fin du rapport. Nous renvoyons à ces exemples tout au long du rapport.

Le présent rapport vise à établir un fondement pour des discussions continues au cours de la prochaine année. Nous avons l'intention de publier, en 2005, des rapports plus longs sur les soins de santé primaires, les soins à domicile, les médicaments, les temps d'attente, les ressources humaines en santé et la santé des Autochtones.





# I. La santé des Canadiens



## LA PROMOTION D'HABITUDES SAINES

L'avenir du système de soins de santé public du Canada fait face à de nombreux obstacles. Toutefois, à long terme, le plus redoutable de ces obstacles consiste à élaborer des stratégies efficaces pour la promotion de la santé, la prévention de la maladie et la reconnaissance d'autres facteurs qui affectent la santé. Une des meilleures contributions que les gouvernements puissent faire pour améliorer la santé de la population est de réduire le nombre de Canadiens qui mènent une vie défavorisée et sans espoir.

Il existe de grandes disparités en matière de santé au Canada et une augmentation des dépenses en santé n'aidera pas à combler ces fossés si on ne cible pas les besoins des personnes qui courent le plus grand risque. À maintes reprises, la recherche a démontré que le facteur qui contribue le plus à créer des disparités dans le domaine de la santé est le statut socioéconomique. Cela comprend le revenu, le niveau d'instruction, l'emploi et le sentiment d'avoir le contrôle de sa propre vie. La réduction des disparités en matière de santé aurait pour effet d'augmenter la productivité économique, de réduire le recours aux services de santé, à l'aide sociale, au logement subventionné et aux services corrections, et d'offrir de meilleurs débouchés aux segments les plus défavorisés de la population canadienne.

Cela ne signifie pas que les soins de santé n'ont pas un rôle à jouer - un meilleur accès et une meilleure structuration des soins de santé peuvent aider à combler les fossés - mais les personnes au statut socioéconomique moins élevé ont un accès réduit aux soins de santé. La deuxième section du rapport traite en détail des questions liées à l'accès.



L'Accord de 2003 fait mention d'un certain nombre de mesures visant à améliorer la santé des Canadiens. Ces mesures reflètent un équilibre entre la responsabilité individuelle en matière de santé et la responsabilité collective à l'égard du système de santé. L'Accord enjoignait les ministres de la Santé :

- à travailler sur des stratégies de promotion d'habitudes saines, en mettant un accent particulier sur l'obésité, l'activité physique et l'amélioration de la santé publique et environnementale;
- à travailler à des initiatives visant à réduire les disparités en matière de santé; et
- à adopter une stratégie en matière d'immunisation.

Les ministres de la Santé ont établi un réseau de personnes et d'organisations intéressées à la promotion de saines habitudes de vie et se sont engagés à déposer, en septembre 2005, une stratégie à cet effet. L'Organisation Mondiale de la Santé a reconnu l'obésité comme étant une épidémie à l'échelle mondiale et un problème croissant tant chez les enfants que chez les adultes. L'obésité est liée à une série de maladies et peut réduire considérablement la durée de la vie. La stratégie de promotion d'habitudes saines prévue pour septembre 2005 comprendra des mesures concernant des choix alimentaires sains et la promotion de l'activité physique. La création de la nouvelle Agence canadienne de santé publique contribuera à attirer davantage l'attention sur ces questions.

Actuellement, le Canada ne dispose pas d'une stratégie nationale en matière d'immunisation. Des travaux sont en cours pour réaliser les objectifs nationaux à ce chapitre : l'évaluation concertée et la priorisation des nouveaux vaccins; la sécurité des vaccins; l'amélioration des achats de vaccins en gros; la création de registres d'immunisation; la mise au point de programmes d'éducation et de communication; et l'amélioration des systèmes de surveillance.

## RECOMMANDATION DU CONSEIL

L'attention accordée par les premiers ministres à la réduction des disparités en matière de santé a donné lieu à un certain nombre d'initiatives prometteuses. Ces travaux devraient constituer une priorité élevée et, à cet effet, nous recommandons les mesures suivantes :

- 1) Élargir la Stratégie de promotion d'habitudes saines en allant au-delà des questions liées au style de vie pour inclure les disparités en matière de santé et amener les secteurs autres que la santé à participer afin de réduire les fossés. La participation d'organisations et de secteurs autres que la santé est centrale à cette discussion. Ce sont des partenaires essentiels.
- 2) Amener les Canadiens à comprendre l'importance des facteurs extrinsèques dans la détermination de la santé individuelle et communautaire. Utiliser un langage persuasif. Les disparités en matière de santé constituent le principal problème de santé au pays et les soins de santé à eux seuls ne suffisent pas pour les éliminer. Ces disparités entre les segments de la société canadienne et leur impact doivent être déclarés et mis en évidence. C'est là un message difficile à transmettre étant donné l'état actuel des discussions publiques sur le financement des soins de santé, mais il doit être transmis.
- 3) Établir des objectifs pour la réduction des disparités en matière de santé et mettre un accent particulier sur les disparités dans l'élaboration des indicateurs de santé comparables. Mettre un accent particulier sur la réduction des disparités entre la santé des peuples autochtones et celle des autres Canadiens.



## LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

Le Conseil a convenu tôt que ses travaux sur la santé des Canadiens porteraient principalement sur les groupes à risque élevé, soit les peuples autochtones, les enfants, les personnes âgées et les personnes atteintes d'une déficience mentale. Ce rapport ne traite que des peuples autochtones. Les autres groupes prioritaires seront abordés dans des rapports futurs.

Les premiers ministres ont reconnu les sérieux problèmes auxquels les communautés autochtones font face et sont déterminés à réduire l'écart entre l'état de santé des peuples autochtones et celui des non-Autochtones.

Les peuples autochtones vivent dans des conditions sociales et économiques plus pauvres que les autres collectivités canadiennes. Par exemple :

- Un nombre considérablement plus élevé d'étudiants autochtones ne complètent pas leurs études secondaires, comparativement à tous les autres Canadiens (52 % c. à 33 %).
- Le taux de chômage chez les peuples autochtones est considérablement plus élevé que chez les non-Autochtones (19 % c. à 7 %).

La santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis est pire que celle du reste de la population canadienne et ce, pour presque chaque mesure utilisée et pour presque chaque maladie.

Par exemple :

- Les hommes non-autochtones vivent 9 ans de plus que les hommes autochtones qui vivent dans les réserves et 4 ans de plus que les hommes autochtones qui vivent hors réserve; chez les femmes, cet écart est de 8 et 4 ans respectivement.
- Le taux de suicide dans les communautés inuites est trois fois plus élevé que celui des Premières Nations et six fois plus élevé que dans l'ensemble de la population canadienne.
- Le taux de mortalité infantile dans les Premières Nations est beaucoup plus élevé que dans le reste du Canada (8 par 1000 naissances vivantes comparativement à 5,5 en 1999).
- Il existe des différences entre les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Par exemple, les taux de diabète sont les plus élevés dans les communautés des Premières Nations, tandis que ce sont les communautés inuites qui affichent les taux les plus élevés de tuberculose.

L'accès aux services de santé est un problème pour toutes les communautés autochtones, mais nous nous sommes particulièrement concentrés sur les communautés isolées et celles du Nord du Canada. Nous avons tenu une de nos réunions au Nunavut et avons eu l'occasion d'entendre les points de vue des membres des communautés d'Iqaluit, de Kimmirut et de Pangnirtung. Ils nous ont clairement dit qu'ils voulaient que des services soient offerts dans leurs communautés, dans leur propre langue et par leurs propres gens.



Dans le Nord, le fait d'avoir à prendre l'avion pour aller se faire soigner à l'extérieur de la communauté cause de graves ennuis aux particuliers et aux familles. Ajouté à cela le fait qu'environ 25 pour cent des sommes dépensées en santé sur le territoire servent actuellement à absorber les coûts de transport. Ces ressources pourraient être utilisées à meilleur escient pour fournir des services dans les communautés en question, par des professionnels qui comprennent les besoins locaux. La technologie de la télésanté a un important rôle à jouer quand il s'agit de mettre les professionnels de la santé qui travaillent dans le Nord en contact avec d'autres ressources. Le Nunavut accorde une priorité élevée à la mise en oeuvre de la technologie et commence déjà à voir ses effets positifs sur les soins aux patients.

Dans le Plan décennal de 2004, 700 millions de dollars sont consacrés aux questions liées à la santé des Autochtones -100 millions pour appuyer les ressources humaines en santé. Il s'agit là d'un important investissement. Il y a une grave pénurie de professionnels de la santé autochtones et il faut déployer un effort concerté pour encourager les jeunes Autochtones à envisager de faire carrière dans le domaine de la santé. Il faut également élaborer de nouveaux programmes de formation comprenant des pratiques de guérison traditionnelles. La récente annonce, par le Collège universitaire du Nord, de la création d'un programme de formation universitaire pour sages-femmes conçu pour les Autochtones des communautés reculées constitue un important pas en avant.

Le principal but visé pour les soins de santé primaires au Canada est d'avoir des soins fournis par des équipes pluridisciplinaires, et nulle part ailleurs est-ce plus pertinent que dans les communautés autochtones. Cette approche multisectorielle peut permettre d'aborder plusieurs des problèmes d'ordre sanitaire, social et économique auxquels font face les peuples autochtones. En fait, un des meilleurs exemples d'innovation fructueuse dans les soins de santé primaires au Canada nous est fourni par la communauté de la Première Nation d'Eskasoni en Nouvelle-Écosse. Un modèle intégrant la santé publique et les soins de santé primaires a été créé en utilisant les services de médecins, d'une infirmière des soins de santé primaires, d'infirmières de la santé communautaire, d'un coordonnateur de soins prénataux, d'un éducateur de la santé et d'un pharmacien. L'accès aux services s'est amélioré, de même que les résultats pour les patients et le niveau de satisfaction de ces derniers.

Le Conseil publiera un document de discussion plus long sur les questions liées à la santé des Autochtones au printemps de 2005. Le document met l'accent sur le manque de données concernant la santé des Autochtones et sur les initiatives visant à améliorer la santé des communautés.



## RECOMMANDATION DU CONSEIL

Nous recommandons les mesures suivantes :

- 1) Mettre sur pied un groupe de travail sur la santé des Autochtones chargé d'améliorer la prestation des services dans le Nord - les questions linguistiques et culturelles peuvent être abordées et les services peuvent être fournis plus près des collectivités.
- 2) Élaborer des programmes éducatifs à l'intention des jeunes Autochtones pour les encourager à envisager de faire carrière dans le domaine de la santé.
- 3) Mettre au point, pour les professions de la santé, des programmes de formation qui reconnaissent les pratiques de guérison autochtones traditionnelles et qui sont axés sur la prestation de services aux communautés reculées et celles du Nord.
- 4) Développer des modèles de soins de santé primaires permettant d'aborder les déterminants sociaux plus larges de la santé plus appropriés aux communautés autochtones.
- 5) Accélérer l'utilisation de la technologie de l'information afin de faciliter l'accès aux services de diagnostic et de consultation dans les communautés autochtones.



## LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Dans l'Accord de 2003, les ministres de la Santé ont été invités à améliorer la sécurité des patients au Canada par l'établissement de l'Institut canadien sur la sécurité des patients.<sup>2</sup> Le Canada est doté d'un système de soins de santé de qualité qui tous les jours offre des soins sûrs et efficaces aux Canadiens. Cependant, même avec le meilleur des systèmes, parfois, une faute peut être commise. La première étude canadienne sur la sécurité des patients a révélé qu'environ 185 000 hospitalisations au Canada pourraient être qualifiées de néfastes - ayant causé des blessures ou la mort - et que 70 000 de ces cas auraient potentiellement pu être prévenus. Cela comprend des incidents comme des erreurs de médicaments, des infections ou des chutes. Cette étude révèle que la plupart des patients qui ont vécu une expérience néfaste ont récupéré, mais 21 % d'entre eux en sont décédés. Si on applique ces taux à l'échelle du Canada, il y a entre 9 250 et 23 750 personnes qui meurent chaque année à la suite d'une expérience néfaste. À ces pertes humaines viennent s'ajouter les coûts liés à ces incidents - les chercheurs estiment que plus d'un million de jours d'hospitalisation sont attribuables à ces événements. Si on arrive à prévenir de tels incidents, ces ressources pourraient être utilisées ailleurs.

Il existe un lien clair entre la sécurité des patients et la technologie de l'information. On a réussi à réduire les erreurs de médicaments grâce à des programmes d'ordonnances en ligne. En donnant accès à des données sur les patients comme, par exemple, des allergies ou l'historique des ordonnances, et en informatisant le processus d'ordonnance, on peut réduire les problèmes. La Colombie-Britannique a instauré, à l'échelle de la province, un système PharmaNet qui enregistre toutes les ordonnances dans la province. En une année, 7,9 millions d'ordonnances sur un total de 35,3 millions ont été signalées comme étant source de problèmes potentiels. Douze pour cent des ordonnances ainsi signalées ont mené à des mesures visant à réduire les risques posés au patient.

La création d'un environnement ouvert, transparent et favorable au changement contribuera à améliorer la sécurité des patients. Il faut pour cela changer la culture de silence et promouvoir une culture de partage et d'apprentissage qui met moins l'accent sur le blâme.

La recherche démontre que ces incidents néfastes sont souvent associés aux niveaux de dotation, à la charge de travail et au travail par quarts. L'organisation future du personnel des soins de santé aura d'importantes répercussions sur les questions liées à la sécurité des patients.



<sup>2</sup> Les noms des membres du tout premier conseil d'administration de l'Institut canadien sur la sécurité des patients ont été dévoilés en décembre 2003 et on peut consulter leur premier plan d'activités à [www.cpsi-icsp.ca](http://www.cpsi-icsp.ca).

## RECOMMANDATION DU CONSEIL

Il y a un besoin urgent de se pencher sur les questions liées à la sécurité des patients au Canada. On peut sauver des vies; on peut orienter des ressources vers d'autres besoins dans le domaine de la santé et on peut aider les professionnels à fournir des soins en temps opportun. La création de l'Institut canadien sur la sécurité des patients et un engagement clair de la part d'Inforoute Santé du Canada à mettre en oeuvre un système de télédossiers de santé contribueront à la mise en oeuvre de ces améliorations.

Le système d'ordonnances électroniques a démontré qu'il offrait des avantages clairs en matière de sécurité des patients. Nous recommandons que les gouvernements envisagent d'instaurer les ordonnances électroniques sur une période raisonnable et qu'ils fournissent le soutien financier et éducatif nécessaire aux fournisseurs.





## II. L'accès aux services de santé



L'accès, en temps opportun, aux services de santé est un des principaux objectifs de l'Accord de 2003. Afin de cerner les progrès réalisés, le Conseil s'est penché sur quatre aspects :

- 1) Les soins de santé primaires
- 2) Les soins à domicile
- 3) La gestion des médicaments
- 4) Les temps d'attente pour les services

## LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Les soins de santé primaires constituent le fondement du système de soins de santé canadien. Il constitue non seulement un point d'entrée pour les usagers du système de soins de santé, mais il permet également d'assurer la continuité des soins à l'échelle du système. La plupart des définitions des soins de santé primaires font également intervenir la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des blessures et la nécessité d'accorder une importance accrue aux déterminants de la santé et aux stratégies visant à améliorer la santé individuelle et celle de la population. Les soins de santé primaires permettent de résoudre les problèmes de santé à court terme et de gérer la plupart des affections chroniques.



Au Canada, les soins de santé primaires ont été développés en rémunérant les médecins, en particulier les médecins de famille, à partir des deniers publics. Les soins de santé primaires se sont développés par l'inclusion d'autres modèles tels que les centres de santé communautaire, les infirmières de la santé publique, les cliniques enfants bien portants et la participation de professionnels non médicaux de la santé, avec un accent sur la promotion de la santé. À mesure que le système grandissait, un certain nombre de problèmes ont surgi, notamment :

- la façon incongrue dont les divers éléments du système de soins de santé fonctionnent ensemble, ce qui fait que les patients doivent souvent se déplacer d'un fournisseur à un autre et d'une institution à une autre;
- la difficulté qu'il y a à intégrer les fournisseurs de soins de santé primaires tels que les infirmières praticiennes, les pharmaciens, les travailleurs sociaux et les travailleurs de la santé communautaire;
- des preuves accrues à l'effet que les pratiques des soins de santé primaires mettaient principalement l'accent sur les maladies aiguës ou épisodiques, tandis que les personnes atteintes de maladies chroniques comme le diabète, les maladies coronariennes ou l'hypertension artérielle exigeaient des soins plus poussés; et,
- la reconnaissance que le recours accru aux équipes pluridisciplinaires de fournisseurs pourrait réduire les erreurs cliniques, augmenter la satisfaction des fournisseurs et améliorer les résultats pour les patients dans les établissements de soins actifs et chroniques.

Le besoin d'une nouvelle approche en matière de soins de santé primaires est reconnu depuis un quart de siècle, avec la Déclaration d'Alma-Ata de l'Organisation mondiale de la santé en 1978. Ce document historique a identifié la santé comme étant ancrée dans la communauté, et les soins de santé primaires comme étant le fondement d'un

système de soins de santé complet. Le Canada a joué un rôle de premier plan dans le lancement d'appels à la réforme. Le *Rapport Lalonde* de 1974 a attiré l'attention sur les déterminants des soins de santé. Un autre rapport, *Achieving Health for All*, de 1986, a réaffirmé ces aperçus et a appuyé les principes fondamentaux d'Alma-Ata. De nombreux rapports provinciaux et nationaux publiés dans les années 80 et 90 ont souligné la nécessité de réformer la structure et la prestation des soins de santé primaires. Un consensus en faveur du changement a vu le jour, avec des priorités semblables quant aux mesures à prendre dans chaque province et territoire. Le Tableau A.1 fournit des exemples de stratégies utilisées. Les éléments communs sont :

- Continuité améliorée et meilleure coordination des soins : accès accru aux fournisseurs 24 heures par jour, 7 jours par semaine, recours à des équipes pluridisciplinaires et autres façons nouvelles de fournir les soins de santé primaires;
- Détection et prise de mesures précoces : un accent accru sur la promotion de la santé et la prévention et sur la gestion des maladies chroniques;
- Meilleures données : expansion du système de télédossiers de santé et des technologies de télésanté;
- Mesures incitatives visant à changer la pratique : utilisation de nouveaux modèles de financement, intégration de personnel non médical et stratégies innovatrices en matière de recrutement et de maintien en poste.

L'accord de 2003 a établi un but : d'ici 2011, 50 pour cent des résidents auront accès à un fournisseur de soins de santé approprié, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Le Tableau A.2 décrit les nombreuses activités mises en oeuvre pour atteindre cet objectif. Certains projets visent à établir les infirmières ou les infirmières praticiennes comme premier point de contact avec les patients. La plupart des initiatives visent à améliorer le soutien fourni aux médecins de famille en tant que fournisseurs de soins primaires.

Le besoin de modifier la prestation des soins de santé primaires est aussi partiellement dicté par les changements considérables qui s'opèrent dans la médecine familiale au Canada. De récentes études canadiennes démontrent que les médecins de famille qui exercent aujourd'hui fournissent des services différents de leurs collègues d'il y a dix ans. Un nombre plus faible d'entre eux font accoucher des femmes. Ils fournissent davantage de conseils psychosociaux et moins de soins hospitaliers. Le taux de participation des médecins de famille aux services chirurgicaux, aux anesthésies et aux soins obstétricaux affiche une baisse soutenue. Dans un récent sondage national mené auprès de médecins, 13,1 pour cent ont indiqué qu'ils comptaient réduire la gamme de services qu'ils fournissent au cours des deux prochaines années.



Les médecins de famille ont aussi indiqué qu'ils étaient de plus en plus préoccupés par leur charge de travail et l'épuisement. Les médecins plus jeunes ont indiqué qu'ils n'étaient pas prêts à assumer la lourde charge de travail de leurs prédécesseurs. Ils passent moins de temps à fournir des soins directs aux patients que le même groupe ne le faisait il y a vingt ans. Ils souhaitent atteindre un meilleur équilibre dans leur vie et avoir plus de temps à consacrer à leur famille et à des activités non professionnelles. Ce sont surtout les femmes médecins qui font la promotion de l'importance de l'équilibre dans la vie professionnelle, et maintenant qu'environ la moitié des diplômés des écoles de médecine sont des femmes, les effectifs de la main-d'oeuvre future ne reflèteront pas les niveaux de service antérieurs.

On observe aussi d'autres tendances inquiétantes. Historiquement, environ la moitié de tous les médecins étaient des médecins de famille. Aujourd'hui, moins de 30 pour cent des étudiants en médecine décident de se lancer en médecine familiale. Soixante pour cent des médecins de famille disent qu'ils n'acceptent qu'un nombre

limité de nouveaux patients ou aucun. Par ailleurs, 14 pour cent de la population dit ne pas avoir de médecin de famille. Ces taux sont encore plus élevés dans les grandes villes où les concentrations de médecins sont plus fortes.

Ce scénario est compliqué par l'apparente réticence de nombreux médecins de famille qui ont des pratiques traditionnelles à adopter les nouveaux modes de prestation. Un récent sondage sur les changements prévus aux modèles de pratique au cours des deux prochaines années indique que seulement 2,7 pour cent des médecins de famille ont l'intention de délaissier la pratique individuelle pour la pratique en groupe, 3,1 pour cent comptent adopter un mode de prestation pluridisciplinaire et 6,7 pour cent se proposent de devenir membres d'un réseau de pratique.



## RECOMMANDATION DU CONSEIL

Nous félicitons les gouvernements d'avoir reconnu le besoin de réformer la prestation des soins de santé primaires et ils reconnaissent clairement l'ampleur de la tâche : leur objectif de faire en sorte que 50 pour cent de la population ait accès à un fournisseur de soins de santé approprié d'ici 2011 est modeste. À la lumière des renseignements ci-dessus, peut-être qu'il ne pourra même pas être atteint. D'autres travaux sont nécessaires pour réaliser les objectifs des premiers ministres. La réforme des soins de santé primaires est loin d'être chose faite.

Il faudra restructurer le personnel, l'argent, les règles et les règlements et améliorer la diffusion d'information sur la santé. Il faut également examiner qui fait quoi et comment cela a été fait ailleurs. Le Canada est en train d'élaborer et d'évaluer de nombreux modèles et il y a des exemples internationaux. Le National Health Service en Grande-Bretagne et le Veterans Health Administration aux États-Unis ont obtenu des résultats remarquables avec la restructuration de leurs services de soins de santé primaires. Dans les deux systèmes, on a réussi à améliorer les résultats pour les patients en mettant l'accent sur l'accès accru à un plus large éventail de services, en fournissant des programmes complets de gestion de la maladie, en appuyant les équipes, en mesurant la qualité et en insistant sur la reddition de comptes en matière de qualité. Dans les deux cas, des investissements ciblés ont été consentis pour augmenter les effectifs, appuyer l'éducation et la formation, améliorer les systèmes d'information et ajuster les échelles salariales de certaines professions de la santé. Dans le cas de la Veterans Health Administration, cela a été accompli avec un budget réduit.

Les gouvernements ont indiqué qu'ils avaient des visions semblables pour le Canada. Nous appuyons cette orientation et nous recommandons les mesures suivantes :

- 1) Utiliser des définitions communes : différents termes sont utilisés actuellement pour décrire les services et les fournisseurs de soins de santé primaires. Cela rend la mesure des progrès plus difficile.
- 2) Accélérer les nouveaux modèles de prestation : les gouvernements ont tardé à appuyer les nouveaux modèles de prestation, bien que ces derniers se soient avérés fructueux. Des organismes comme le Group Health Centre à Sault Ste. Marie, le Women's Health Centre à Winnipeg et les centres de santé communautaire du Québec ont mis sur pied des innovations qui ont fait l'objet d'évaluations positives. Ces modèles

correspondent généralement à l'objectif énoncé dans l'Accord de 2003, mais c'est une exception à la règle.

On devrait les poursuivre de manière intensive et un forum pour le partage de pratiques innovatrices appuierait et accélérerait ces efforts.

- 3) Éliminer les obstacles réglementaires : au Canada, les professions sont autoréglementées. À mesure que les provinces et les territoires instaurent de nouveaux modèles de prestation, on se doit d'examiner la division du travail entre les professions de la santé. Il n'existe pas de consensus clair quant à décider quelle profession devrait être responsable de l'exécution de quelle fonction.
- 4) Changer les modèles d'éducation et de formation : si la pratique coopérative au sein d'équipes pluridisciplinaires est la vision de l'avenir, le système d'éducation et de formation des travailleurs se devrait de refléter cette vision. Il est également important que les programmes de perfectionnement professionnel destinés aux praticiens qui exercent déjà reflètent la même philosophie de soins pluridisciplinaires.
- 5) Accélérer l'introduction de la technologie d'information : la transmission, en temps opportun, de renseignements exacts sur les patients par voie électronique est une pierre angulaire du système intégré de l'avenir. Les efforts visant à "brancher" le pays doivent être activement appuyés afin que les fournisseurs de soins primaires puissent faire leur travail.

Le Conseil publiera, au printemps de 2005, un document de travail plus long sur les soins de santé primaires, en particulier sur les définitions et les pratiques innovatrices en place d'un bout à l'autre du pays.



'BRANCHER' LE PAYS

## LES SOINS À DOMICILE

Les soins à domicile permettent aux personnes atteintes de maladies aiguës ou chroniques de rester à la maison et d'y recevoir des soins. Ces services permettent souvent de prévenir, de retarder ou d'éliminer le besoin d'hospitalisation ou d'admission à un foyer de soins. Les clients des programmes de soins à domicile varient quant à leur âge et à leurs besoins, et les services offerts vont de légers soins personnels à des soins infirmiers, l'administration de médicaments par intraveineuse et des soins en de fin de vie. Actuellement, plus d'un million de Canadiens ont recours à des soins à domicile chaque année. On s'attend à ce que ce chiffre augmente à mesure que la population vieillit et que les progrès technologiques sont en mesure d'aider à permettre aux patients de rester à la maison chez eux.

Au Canada, la prise en charge des soins à domicile n'est pas prévue par *la Loi canadienne sur la santé* et les provinces et territoires ont élaboré leurs propres programmes basés sur des choix stratégiques et le financement disponible. Les soins à domicile offerts aux pays diffèrent donc quant aux types de services fournis, aux critères d'admissibilité, aux professionnels des soins de santé qui prodiguent les soins et au montant des fonds publics disponibles pour couvrir les coûts des services.

Dans l'Accord de 2003, les premiers ministres se sont engagés à fournir un «éventaire» minimum de services pour les soins actifs à domicile à court terme, les soins communautaires en santé mentale et les soins en de fin de vie. Les premiers ministres se sont également engagés à défrayer les coûts de ces services en fonction du besoin. En septembre 2004, les premiers ministres se sont entendus quant aux services pour lesquels ils paieraient et pour combien de temps. D'ici 2006, les Canadiens devraient avoir accès aux services suivants :

- Soins actifs à domicile à court terme : deux semaines de gestion de cas (une personne coordonne tous les aspects des soins); médicaments par intraveineuse; soins infirmiers et services de soins personnels;
- Soins communautaires en santé mentale : deux semaines de gestion de cas et intervention en cas de crise;

- Soins en de fin de vie : gestion de cas, soins infirmiers, médicaments palliatifs et soins personnels en de fin de vie.

Ni l'Accord de 2003, ni le Plan décennal de 2004 n'ont abordé les soins à domicile pour les personnes souffrant de maladies chroniques.

Un certain nombre de provinces et territoires ont mis sur pied des programmes innovateurs (le Tableau A.3 décrit ces derniers plus en détail). Les programmes qui se sont avérés fructueux comportaient les éléments suivants :

- Intervention rapide;
- Éventail de services correspondant aux besoins des usagers;
- Équipes pluridisciplinaires;
- Gestion de cas intégrée et intensive;
- Coordination et intégration des services de prévention, des soins de santé primaires et des soins actifs;
- Point d'accès unique;
- Accès aux services 24 heures par jour, 7 jours par semaine;
- Mise en contact avec des services d'intervention en cas de crise au besoin;
- Soutien pour les membres de la famille en cas de besoin.

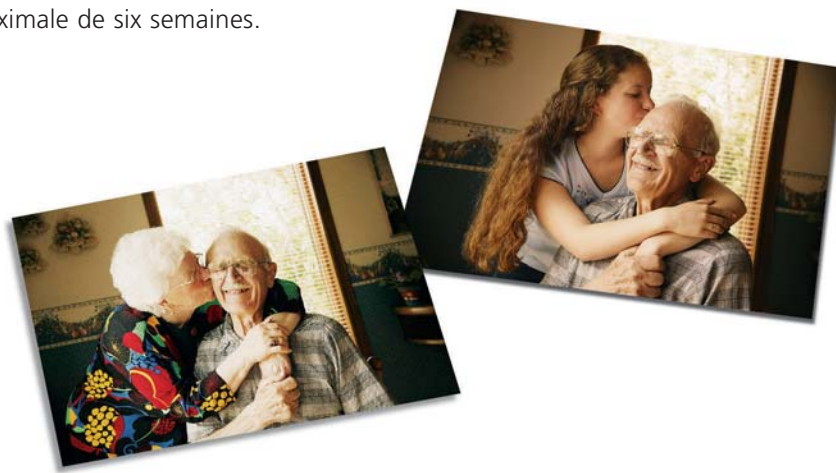
Le Tableau A.4 résume les stratégies communes utilisées pour faire avancer les réformes des soins à domicile.



En plus de mettre l'accent sur les services fournis, l'Accord de 2003 a également promis d'instaurer une prestation pour soins de compassion. Cette prestation protège les postes des employés qui quittent temporairement leur emploi pour s'occuper d'un parent gravement malade.

En janvier 2004, les Canadiens sont devenus admissibles à cette prestation en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi* et le Code canadien du travail a été amendé afin de protéger les emplois des fonctionnaires fédéraux. Sur référence d'un médecin, la prestation fournit une assurance-emploi d'une durée maximale de six semaines.

Mais pas toutes les provinces ni les territoires ont amendé leurs lois du travail afin de s'assurer que leurs citoyens puissent se prévaloir de la prestation fédérale sans perdre leur emploi. Le Tableau A.3 résume les prestations de compassion en vigueur au pays à partir d'octobre 2004.





## RECOMMANDATION DU CONSEIL

L'accord de 2003 et le Plan décennal de 2004 subséquent représentent d'importantes étapes vers l'harmonisation d'un niveau minimum de services en fait de soins à domicile au Canada. Toutefois, un récent programme de recherche au Canada a démontré que les soins à domicile constituent une solution de rechange économique aux soins en établissement à long terme et qu'ils peuvent permettre de réaliser des économies et d'améliorer la qualité de vie. Si les gouvernements veulent maximiser les efficiences en réduisant leur dépendance à l'égard des institutions par exemple, investir dans les soins à domicile intégrés serait une mesure judicieuse. Nous admettons qu'il faille établir certaines limites quant aux types de services couverts et à la durée du financement; toutefois, on pourrait réaliser des progrès considérables si les questions suivantes étaient abordées. Nous recommandons les mesures suivantes :

- 1) Traiter les soins communautaires en santé mentale à domicile comme faisant partie des programmes de soins de santé primaires : on ne sait pas pourquoi les soins communautaires en santé mentale à domicile ont été placés dans ce panier de services. Les questions liées à la santé mentale ne sont généralement pas limitées à des périodes de deux semaines et exigent des mesures plus poussées que la gestion de cas et l'intervention en cas de crise.
- 2) Envisager de prolonger la période de deux semaines : le délai de deux semaines est un point de départ et certaines provinces et certains territoires l'ont déjà prolongé. On devrait évaluer le délai si la prolongation de ce dernier permet de réaliser des économies dans d'autres parties du système.
- 3) Se pencher sur les besoins en matière de soins chroniques à domicile : de nombreuses personnes peuvent continuer de vivre chez elles sans un soutien continu. Le fait de mettre l'accent sur les soins actifs à domicile à court terme ne permet pas de déterminer si ces services aident à prévenir les admissions en établissement.
- 4) Relier les efforts de planification à une stratégie de ressources humaines en santé : parce qu'ils constituent un secteur des soins de santé en pleine croissance, les soins à domicile exigeront davantage de travailleurs à l'avenir. Veiller à avoir des effectifs possédant le bon ensemble de compétences devrait faire partie de toute stratégie de recrutement et de maintien en poste à l'échelle régionale, provinciale et nationale.
- 5) Mettre la technologie d'information à profit : plusieurs provinces et territoires ont déjà établi des télésoins à domicile dans des communautés rurales. Ces innovations devraient être appliquées dans d'autres régions du pays.

Le Conseil publiera, au printemps de 2003, un document de travail plus long sur les soins à domicile, en particulier sur la recherche et les pratiques novatrices actuellement en cours au Canada.

## LA GESTION DES MÉDICAMENTS

Les médicaments sont un élément-clé de la médecine moderne. Ils peuvent remplacer des formes de traitement plus agressives comme la chirurgie, réduire les coûts engagés dans d'autres parties du système comme les hôpitaux, ou procurer des avantages considérables comme des traitements de pointe pour le VIH/SIDA. Toutefois, ils sont aussi une source de préoccupations graves. Certains médicaments n'offrent qu'une valeur ajoutée minimale parce qu'ils sont semblables à des médicaments existants. Les coûts des médicaments sont à la hausse, et l'attention accordée récemment aux effets secondaires négatifs a fait ressortir les risques potentiels des pharmacothérapies.

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les coûts des médicaments fournis à l'hôpital sont défrayés par les fonds publics. Les médicaments prescrits en dehors des hôpitaux peuvent ou non être couverts par les gouvernements ou par une assurance privée. Le Tableau A.5 présente les dix-neuf régimes d'assurance-médicaments publics actuellement en place au Canada (dix régimes provinciaux, trois régimes territoriaux et six régimes fédéraux). Tous ces régimes ont différentes :

- définitions quant à l'admissibilité;
- listes de médicaments couverts;
- règles régissant les quotes-parts, les franchises et les seuils de couverture de type catastrophique des médicaments.



La portion publique des dépenses en médicaments au Canada est moins élevée que dans d'autres pays. Au Canada, elle se chiffre à 38 pour cent<sup>3</sup>, comparativement à 57 pour cent en Australie, 67 pour cent en France, ou 75 pour cent en Autriche. Par contre, cette portion n'est que de 19,5 pour cent aux États-Unis.

Tous les territoires et provinces au Canada disposent d'un régime d'assurance-médicaments public pour les personnes âgées et les prestataires de l'aide sociale. Certains régimes visent les personnes atteintes de maladies précises. Cependant, la couverture varie :

- 89 pour cent des Canadiens ont une forme d'assurance publique ou privée;
- 9 pour cent sont considérés comme étant sous-assurés — et il n'existe pas de définition claire de ce que cela veut dire. Les seuils varient d'une personne à l'autre et d'une famille à l'autre. Ce qui est une couverture de type catastrophique pour une personne peut ne pas l'être pour une autre. La vraie question est de savoir combien les consommateurs devraient payer pour les médicaments avant que le financement public ne soit appliqué;
- 2 pour cent n'ont aucune assurance-médicaments. Cela représente environ 600 000 Canadiens, dont la plupart vivent dans les provinces Atlantiques.

L'augmentation annuelle des coûts des médicaments dépasse l'inflation et la croissance démographique. Les gouvernements tentent avec difficultés de maintenir les dépenses des régimes d'assurance-médicaments à un niveau relativement uniforme. S'assurer que des fonds publics soient disponibles pour couvrir les coûts des médicaments n'est que l'une des questions sur lesquelles les gouvernements se penchent en ce qui a trait à la gestion des médicaments. Dans plusieurs provinces et territoires, il est important d'améliorer la couverture, mais il est tout aussi important de gérer les pratiques en

<sup>3</sup> Ceci ne comprend pas les dépenses en médicaments offerts dans les hôpitaux.

matière d'ordonnance et l'utilisation des médicaments. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont entrepris plusieurs démarches visant à améliorer l'utilisation des médicaments au Canada. Ces activités comprennent, entre autres :

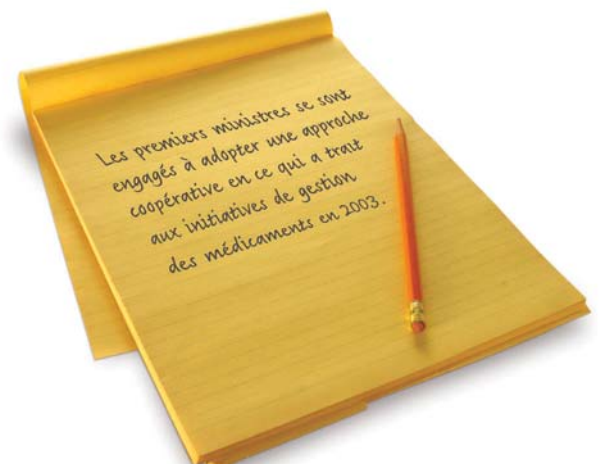
- L'élaboration de mesures pour évaluer les effets des médicaments afin de déterminer l'incidence des pharmacothérapies sur les patients et sur le système de soins de santé;
- L'instauration du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) afin de permettre un examen détaillé de l'utilisation des médicaments au Canada;
- Demander aux pharmaciens de fournir aux médecins des données objectives et scientifiques sur les médicaments;
- La mise en place du Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM) pour promouvoir des pratiques exemplaires en matière d'ordonnance;
- Appuyer la Cochrane Collaboration qui fournit des comptes rendus détaillés des interventions dans le domaine de la santé, y compris les médicaments;
- L'élaboration, sur Internet, à l'intention des fournisseurs de soins de santé, d'un système de données sur les médicaments et les traitements au point de prestation des soins;
- L'élaboration d'un Processus commun d'examen des médicaments en collaboration avec le Comité consultatif d'experts afin de procéder à des examens systématiques des données cliniques et économiques sur les nouveaux médicaments. On examinera ensuite ces renseignements en vue de faire des recommandations aux responsables des régimes publics quant aux médicaments qui devraient être couverts. Les responsables de chaque régime d'assurance-médicaments prennent leurs propres décisions quant aux médicaments à ajouter à leur liste;

- L'instauration d'un système de prix de référence, en vertu duquel le paiement serait fondé sur le médicament le moins cher dans un groupe de médicaments semblables.

Les premiers ministres se sont engagés à adopter une approche coopérative en ce qui a trait aux initiatives de gestion des médicaments en 2003. Cette approche a été reconfirmée en 2004 mais l'échéance a été reportée à la fin de juin 2006.

Dans l'Accord de 2003, les premiers ministres se sont engagés à assurer un accès raisonnable à une couverture de type catastrophique pour les médicaments d'ici 2005/2006, à collaborer pour promouvoir une utilisation optimale des médicaments et des pratiques exemplaires en matière d'ordonnance et à mieux gérer les coûts. En septembre 2004, les premiers ministres ont convenu d'établir un Groupe de travail ministériel chargé d'élaborer et de mettre en oeuvre une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques et de présenter un rapport d'ici juin 2006. Pour la couverture de type catastrophique, l'engagement est moins précis et ne fait pas l'objet d'une échéance définie.

La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques doit inclure des choix concernant l'achat, la sécurité et l'efficacité des médicaments, la modification des pratiques d'ordonnance, les ordonnances électroniques et l'analyse des coûts.



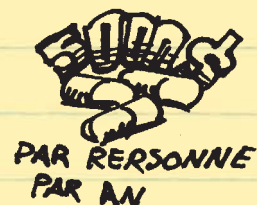
## RECOMMANDATION DU CONSEIL

Pendant que les ministres de la Santé travaillent à la Stratégie, nous recommandons les mesures suivantes :

- 1) Définir une couverture minimale en fait d'assurance-médicaments qui serait applicable partout au pays;
- 2) Établir un processus pour examiner et comparer le catalogue des médicaments couverts par les programmes de médicaments;
- 3) Identifier les médicaments qui coûtent plus que 5 000 \$ par personne par an et examiner leur statut dans les régimes publics;
- 4) Mettre à profit le processus d'examen commun existant pour les nouveaux produits et y inclure les produits existants;
- 5) Veiller à ce que l'élaboration d'une stratégie s'appuie sur un solide fondement scientifique; des évaluations et des politiques rigoureuses, fondées sur des preuves scientifiques et combinées à des approches multiples seront les plus efficaces;
- 6) Investir dans le développement de données objectives et scientifiques sur les médicaments pour les médecins, les pharmaciens et les patients. Il existe d'excellents programmes au Canada, mais ils doivent être mis en évidence, appuyés et élargis.

L'élargissement des régimes d'assurance-médicaments occupe une bonne partie du débat public et il s'agit d'une question méritoire. Cependant, il faut aussi mettre l'accent sur la vente, la réglementation et l'utilisation des médicaments, et cela pourrait, à long terme, aider à améliorer la protection offerte à la population. Au cours des prochaines années, nous avons l'intention de procéder à un examen détaillé des pratiques de gestion des médicaments. Nous nous pencherons, entre autres, sur les questions suivantes :

- Le rapport coût-efficacité des nouveaux médicaments;
- Les coûts, les risques et les avantages des initiatives de commercialisation auprès des professionnels et des consommateurs;
- L'efficacité du processus de réglementation pour ce qui est d'assurer la sécurité et l'efficacité des médicaments offerts au Canada, y compris la divulgation, par les fabricants, de données complètes et non modifiées sur les essais cliniques.



## LES TEMPS D'ATTENTE

Les Canadiens ont cité les longues périodes d'attente comme étant le principal obstacle à l'accès aux services de santé. En réponse à ce fait, les premiers ministres se sont engagés, dans l'Accord de 2003, à fournir un accès aux services en temps opportun; ils ont aussi convenu, dans le Plan de septembre 2004, de réduire de manière significative les temps d'attente dans les régions prioritaires.

Ni les préoccupations soulevées, ni les engagements envers l'amélioration ne sont chose nouvelle. Les gouvernements, les administrations sanitaires régionales et les hôpitaux ont ciblé des fonds pour réduire les temps d'attente. Ils ont ajouté du personnel, de l'équipement et des installations. De nouveaux systèmes de gestion et des sites Web ont été mis sur pied afin de partager de l'information avec les fournisseurs, les patients et le public (voir le Tableau A.6). Mais les questions liées aux temps d'attente sont complexes et il sera difficile d'y trouver des solutions durables. Le défi consiste à s'assurer que les ressources consacrées à la résolution du problème aient un impact réel et qu'elles contribuent à créer des améliorations.

Nous savons que les soins de santé ne sont pas facilement accessibles par les personnes dans le besoin, en particulier les populations ayant des besoins spéciaux, les personnes vivant en région rurale et isolée ou dans des régions où les fournisseurs et les services sont en faible nombre. Même ceux qui vivent dans des régions urbaines bien desservies ont de profondes inquiétudes au sujet des temps d'attente pour les soins dont ils ont besoin. Les Canadiens s'inquiètent d'être placés sur une liste d'attente, et avec raison. Ils savent qu'une attente trop longue peut nuire à leur santé, mais ils ne savent pas trop quand cela s'appliquera à leur situation particulière.

Les attentes trop longues ont des répercussions sur le système de soins de santé. La dégradation de l'état de santé pendant qu'on attend de recevoir des soins peut aggraver les problèmes des patients et placer un fardeau accru sur le système. Avec la remise en question de la capacité du système de répondre à la demande, les temps d'attente constituent une mesure rapide de sa durabilité. Les temps d'attente excessifs minent la confiance des Canadiens à l'égard d'un système de soins de santé subventionné par le gouvernement et administré par ce dernier.

Cela dit, les temps d'attente sont un élément normal de tout système de soins de santé. Des temps d'attente inexistant signifieraient que le système est inefficace. La question consiste à savoir comment gérer les listes d'attente afin de s'assurer que les patients obtiennent, au bon moment, les soins dont ils ont besoin. De plus, toutes les attentes ne sont pas néfastes. Parfois, une période d'attente permet de confirmer un diagnostic ou d'obtenir une seconde opinion. Ce sont ces attentes qui doivent être distinguées de celles qui ont des effets néfastes.



## Quand l'attente commence-t-elle... et quand prend-elle fin?

La plupart des Canadiens ne pensent au système de soins de santé que lorsqu'ils — ou quelqu'un qui leur est cher — ressentent des symptômes, tombent malades ou sont blessés. Certaines de ces personnes n'utiliseront pas le système de soins de santé. Leur maladie guérira d'elle-même ou ils s'occuperont eux-mêmes leurs symptômes, à domicile. Mais, tel qu'illustré ci-dessous, pour ceux qui ont besoin de soins, la route vers un meilleur état de santé peut s'avérer longue et tortueuse.



*Le patient identifie les premiers symptômes.*



*Le patient appelle un fournisseur de soins de santé primaires.*



*Le patient va voir le médecin de famille.*



*Le médecin envoie le patient faire des examens médicaux.*



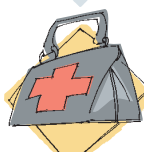
*Le patient retourne voir le médecin de famille.*



*Le médecin le réfère à un spécialiste.*



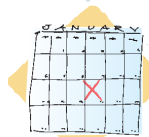
*Le patient voit le spécialiste.*



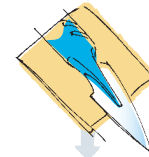
*Le patient est référé à un second spécialiste (par ex., un cardiologue l'envoie consulter un chirurgien cardiologue).*



*Le médecin envoie le patient passer des examens médicaux.*



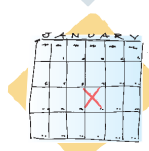
*Une date est fixée pour l'intervention chirurgicale.*



*La chirurgie a lieu.*



*Le médecin envoie le patient passer des examens médicaux.*



*Le patient prend un rendez-vous de suivi.*



*Le patient prend un rendez-vous pour des séances de rééducation.*



*Le patient reçoit des services de rééducation.*



*Le patient récupère entièrement... ou le cycle recommence de nouveau.*

L'attente peut se produire à chaque étape du cheminement et pour plusieurs raisons différentes :

- La gestion du cheminement du patient est mal coordonnée — il n'y a pas une personne unique qui gère chaque étape;
- On ne sait pas trop qui est chargé de suivre le cheminement et qui doit rendre compte des retards;
- Les jugements cliniques concernant la gravité et l'urgence de l'état du patient varient et il n'y a pas d'uniformité dans les décisions de placer les gens sur des listes d'attente — ces variations dans la pratique soulèvent des questions d'équité — si le patient A se fait opérer avec un minimum d'inconfort et que le patient B attend jusqu'à ce que son état soit gravement détérioré, il n'y a pas d'équité; de plus, la question de la qualité est soulevée, puisqu'il s'agit en général d'un signe d'alarme, lorsque des gens qui connaissent les mêmes circonstances sont traités différemment.
- La nouvelle technologie et des procédures chirurgicales moins invasives ont augmenté le nombre de personnes qui ont accès à des traitements et ont baissé le seuil de traitement;

- L'interaction entre les cas urgents et non urgents — les personnes admises au service d'urgence d'un hôpital ont la priorité sur celles dont le nom figure sur la liste de chirurgies prévues;
- Le système n'a pas des capacités suffisantes (médecins, infirmières, lits ou technologie de diagnostic).

La plupart de ces facteurs peut être résolue en mettant en oeuvre des interventions coordonnées pour réduire les temps d'attente et gérer le placement des patients sur les listes d'attente. La coordination des patients, des normes cliniques uniformes et des investissements ciblés pour renforcer les capacités contribueront à apporter des améliorations. Certains problèmes sont parfois inévitables, comme le déplacement des patients figurant sur les listes pour traiter des cas urgents. Ceci dit, il est possible de planifier, comme par exemple en ce qui concerne les sommets saisonniers des accidents de la circulation ou les cas de grippe.



## Listes d'attente

Bien que le public les considère comme une mesure globale du rendement du système, les listes d'attente peuvent induire en erreur. Si 10 000 personnes figurent sur une liste et qu'elles reçoivent toutes des soins dans un délai raisonnable, il n'y a pas de problème. Si 100 personnes figurent sur une liste et que 30 d'entre elles attendent une année, il y a un problème.

La distribution des temps d'attente pour les personnes figurant sur les listes n'illustre qu'une partie du problème. La plupart des temps d'attente ne dépassent pas les délais cliniques. Par exemple, le *Saskatchewan Surgical Care Network* recueille et divulgue des données sur les temps d'attente pour les interventions chirurgicales. La moitié des chirurgies effectuées en Saskatchewan entre janvier et juin 2004 ont eu lieu dans les huit semaines suivant la date de placement sur la liste. Quatre-vingt-dix pour cent de toutes les chirurgies ont été effectuées moins d'un an après la date de placement sur la liste. La plupart des citoyens reçoivent des soins en temps opportun mais ce sont ceux qui attendent, ou ceux qui semblent attendre trop longtemps, qui reçoivent l'attention publique.

Les critères utilisés par les médecins pour placer des patients sur les listes d'attente varient considérablement, tout comme leurs pratiques de contrôle, de restructuration de la liste en fonction des besoins des patients et de l'élimination des personnes qui n'ont plus besoin de figurer sur la liste. Certains médecins ne placent des patients sur une liste d'attente que lorsque ces derniers

ont besoin d'un traitement. D'autres médecins utilisent les listes d'attente pour consigner les noms des patients qu'ils veulent suivre de près, soit ceux qui sont susceptibles d'avoir besoin de services à l'avenir. Ces patients sont sur une liste d'attente pour des raisons cliniques. Tant que leur état est régulièrement évalué, qu'ils sont systématiquement informés et qu'ils participent à ces évaluations, leur attente ne pose aucun risque du point de vue thérapeutique. Ils n'ont pas besoin d'une intervention immédiate et peuvent même ne pas en avoir besoin du tout ou choisir de ne pas en avoir.

La question se complique davantage parce que certaines personnes sont sur une liste d'attente pour des raisons personnelles; elles veulent peut-être choisir un moment propice pour recevoir des soins ou attendre de pouvoir être soignées par un fournisseur particulier. À en juger par la recherche, il est raisonnable de supposer qu'au moins 20 pour cent des personnes figurant sur les listes d'attente remettent ou annulent leurs propres procédures tandis que d'autres ont déménagé ou sont décédées.

Des études menées en Grande-Bretagne et en Nouvelle-Zélande ont révélé un surdénombrement considérable des patients sur les listes d'attente - habituellement de 30 pour cent et parfois jusqu'à 70 pour cent. Si le système n'est pas en mesure de déterminer ceux qui n'ont plus besoin de soins et d'éliminer leur nom des listes d'attente, elles continueront de figurer sur les listes... avec ce qui semble être des temps d'attente de plus en plus longs!

Ainsi, ce ne sont pas les listes d'attente qui devraient être une source de préoccupation, mais plutôt les attentes dont personne ne veut - des attentes incertaines, injustes ou qui font courir un plus grand risque au patient.





## RECOMMANDATION DU CONSEIL

Jusqu'ici, les provinces et territoires ont surtout déployé des efforts pour informer le public, via Internet, sur les temps d'attente pour des procédures chirurgicales et diagnostiques sélectionnées. De telles initiatives ont été mises en oeuvre en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario et au Québec; d'autres sont prévues en Nouvelle-Écosse. L'information est habituellement présentée par établissement et, dans certains cas, par médecin.

D'autres initiatives sont en place à l'échelle régionale et locale où une administration sanitaire régionale comme le Capital District Health Region en Nouvelle-Écosse, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal au Québec, ou un hôpital comme le University Health Network à Toronto, affichent de l'information.

Plusieurs initiatives axées sur des maladies précises mettent l'accent sur la réduction des temps d'attente pour des interventions spécifiques comme les chirurgies cardiaques ou les traitements de cancérologie.

On peut tirer d'importantes leçons de ces expériences. La bonne nouvelle est qu'il y a des mesures à faible impact et peu coûteuses qu'on peut prendre pour améliorer l'accès aux soins en temps opportun. Il y a deux questions importantes : définir le besoin des soins justement et avec un certain degré de précision, en fonction du jugement clinique, et gérer le débit de patients aux nombreuses étapes du cheminement. Nous recommandons d'intégrer les éléments-clés suivants à l'élaboration d'une mesure efficace du temps d'attente et d'un programme de surveillance et de gestion :

- 1) *Faire preuve d'intégralité* : une approche intégrale à la mesure, la surveillance et la gestion des temps d'attente et des besoins en matière d'accès est essentielle si l'on veut assurer l'équilibre entre les demandes concurrentielles à l'égard des ressources limitées des soins de santé. Il y a concurrence non seulement entre les différentes spécialités chirurgicales, mais aussi entre les services communautaires et les établissements. Il faut également veiller à ne pas concentrer toute l'attention ou toutes les ressources uniquement sur les domaines suivis comme les interventions chirurgicales, et négliger la gestion de l'ensemble des aspects touchant la santé du patient.
- 2) *Mettre l'information à la disposition du public* : la diffusion de données fiables et comparables sur les temps d'attente permet de mieux comprendre les enjeux. La centralisation de la gestion de la collecte de données sur les temps d'attente rehaussera l'exactitude et la comparabilité de ces données. La normalisation des termes et des mesures - définir quand débute le temps d'attente et atteindre un consensus sur des termes comme les seuils, les indications et les priorités - est essentielle à la comparabilité et à la mesure du rendement. Il faut

régulièrement examiner les listes d'attente afin de s'assurer que les priorités établies sont toujours valides, que les gens n'attendent pas trop longtemps et que les noms de ceux qui n'ont plus besoin d'être sur la liste soient éliminés de cette dernière.

- 3) Évaluer les résultats : les résultats des traitements doivent être évalués afin de s'assurer que les seuils établis sont appropriés et que les ressources du domaine de la santé sont utilisées de manière aussi rentable que possible. La détermination du bien-fondé d'un traitement doit être davantage fondée sur des données scientifiques et moins sur des opinions subjectives.
- 4) Amener les joueurs clés à simplifier le cheminement du patient : les joueurs-clés devraient examiner chaque étape du traitement et simplifier, accélérer ou éliminer les processus afin d'améliorer les temps d'attente de manière significative. De meilleurs renseignements et de meilleures stratégies de gestion peuvent réduire les niveaux d'incertitude chez les patients et les fournisseurs, et permettre de s'assurer que les patients du service d'urgence et les patients en attente sont traités justement.
- 5) Aligner les mesures incitatives - éliminer les facteurs dissuasifs : créer des systèmes de récompense appropriés afin que tous les cliniciens, gestionnaires et administrateurs déploient des efforts pour réduire les temps d'attente. Prendre des mesures pour éliminer les pratiques qui entravent la réduction des temps d'attente. Par exemple, quelle est la meilleure façon de répartir l'horaire de la salle d'opération et quels sont les obstacles qui nous empêchent de le faire?
- 6) Renforcer les capacités là où c'est nécessaire : le nouveau financement doit être consacré explicitement à la réduction des temps d'attente afin de s'assurer que toutes les ressources soient coordonnées et disponibles au bon moment et au bon endroit.

Le Conseil publiera, au printemps 2005, un document de travail plus long sur les pratiques innovatrices adoptées en vue de réduire les temps d'attente et améliorer l'accès aux soins.

### III. Les infrastructures nécessaires pour appuyer le renouvellement des soins de santé



## LES GENS

Les services de santé sont fournis par des gens. La main-d'oeuvre des soins de santé au Canada, soit environ 800 000 personnes, couvre une variété d'occupations telles que médecins, infirmières, infirmières praticiennes, pharmaciens, techniciens en radiation médicale et de laboratoire, chiropraticiens, sages-femmes, psychologues, diététiciens, ergothérapeutes, dentistes et beaucoup d'autres.

Bien qu'il y n'y ait pas de mesures uniformes et normalisées des effectifs et de la distribution du personnel des soins de santé, il existe un lien clair entre l'accès et les pénuries de personnel perçues. La plupart des provinces et territoires indiquent qu'ils font face à des pénuries. Nulle part ailleurs est-ce aussi apparent que parmi les travailleurs de la santé autochtones. Tel qu'il en est question dans la section sur la santé des Autochtones, 100 millions de dollars ont été alloués en septembre 2004 pour former des professionnels de la santé dans les populations autochtones, inuites et métisses.

Les fournisseurs de soins de santé signalent une augmentation de leur charge de travail et de l'épuisement. Statistique Canada indique que les Canadiens ont une certaine difficulté à avoir accès aux services de santé, malgré le fait que plus de 80 pour cent d'entre eux ont un médecin de famille.

Les professionnels de soins de santé du Canada sont éduqués, formés, réglementés, et habituellement, subventionnés indépendamment les uns des autres. Le financement et l'organisation de la prestation des soins de santé sont, en majeure partie, laissés aux soins des gouvernements. L'éducation et la formation sont, en grande partie, confiées aux universités et, dans une moindre mesure, aux employeurs. De façon générale, les professions s'autodéfinissent et sont autoréglementées. Les politiques régissant leur comportement sont élaborées par des associations professionnelles et des organes de réglementation. Des initiatives de recrutement et de maintien en poste sont parfois entreprises par différents paliers de gouvernement qui parfois se livrent concurrence. Certaines parties de la main-d'oeuvre du domaine de la santé sont organisées en syndicats et d'autres ne le sont pas. Aucun groupe n'a toutes les cartes en mains et la coopération entre tous les groupes est nécessaire pour opérer un changement.

Dans l'Accord de 2003, les premiers ministres se sont engagés à élaborer des stratégies concertées pour améliorer les données qui permettent la planification à l'échelle nationale, favoriser l'éducation interdisciplinaire, améliorer le recrutement et le maintien en poste et assurer une relève suffisante.



## Améliorer les données aux fins de la planification à l'échelle nationale

Plusieurs rapports ont recommandé une approche coordonnée pour la planification des ressources humaines en santé à l'échelle nationale. En 2003, le gouvernement fédéral s'est engagé à fournir 85 millions de dollars pour appuyer les initiatives de planification nationales et les programmes d'éducation et de formation des fournisseurs.

Santé Canada indique qu'il existe une initiative pancanadienne de planification des ressources humaines en santé pour appuyer les activités provinciales, territoriales et nationales. En même temps, Ressources humaines et Développement des compétences Canada subventionne un certain nombre d'études dans le secteur de la santé, dont certaines visent à élaborer une stratégie en matière de ressources humaines. Les études sont organisées par profession des soins de santé (médecine, soins infirmiers, soins dentaires, pharmacie) et par secteur de prestation - soins à domicile.

Présentement, la planification de la relève dans les soins de santé au Canada est, en grande partie, effectuée par les provinces et les territoires. Cela crée des variations et, dans certains cas, des déséquilibres dans la disponibilité de fournisseurs de soins de santé dans les communautés canadiennes. Il existe des différences d'une province à l'autre - par exemple, la Colombie-Britannique avait 672 infirmières autorisées par 100 000 habitants en 2001, tandis que Terre-Neuve en avait 1 023 par 100 000 habitants. Pourtant, il y avait un nombre semblable de médecins de famille dans chaque province : 110 par 100 000 en Colombie-Britannique et 113 par 100 000 à Terre-Neuve. Il existe aussi des différences à l'intérieur des provinces et des territoires. Par exemple, une étude menée en Ontario a révélé que Toronto avait deux fois plus de médecins de famille par 10 000 habitants, comparativement à des communautés situées dans les régions rurales et dans le nord de la province. Il n'y a pas un « bon » nombre, mais les différences soulèvent la question des niveaux appropriés d'accès aux soins.

Le Canada ne peut, à lui seul, produire un nombre suffisant de professionnels des soins de santé et il continue de se fier à un bassin de personnes formées à l'étranger. Par exemple, 52 pour cent des médecins actifs en Saskatchewan ont obtenu leur diplôme à l'étranger. La moyenne canadienne est de 23 pour cent.

Comme l'indique le Tableau A.7, de nombreuses activités de planification sont en cours dans le domaine des ressources humaines en santé, mais elles mettent surtout l'accent sur les médecins et les infirmières. D'autres initiatives sont en voie de développement pour d'autres professions de la santé, mais elles sont entravées par un manque de données.

Un fait relativement nouveau est une approche régionale à la planification des ressources humaines de la santé. Il existe un *Western Health Human Resource Forum* et un *Atlantic Advisory Council on Health Human Resources*, tous deux voués au partage de pratiques exemplaires et à la discussion sur des domaines d'intérêt commun.

Malgré toutes ces initiatives, le Canada ne dispose pas d'une stratégie nationale pour les ressources humaines en santé. Les provinces et territoires qui en ont une l'ont conçue en fonction de modèles de prestation futurs clairs. Par exemple, quand la Grande-Bretagne a dévoilé sa stratégie en matière de ressources humaines, elle était liée à un plan de modernisation du *National Health Service*. Des objectifs explicites ont été établis afin d'améliorer l'accès aux services



et ils ont mené à des investissements accrus dans le personnel. Il n'existe, au Canada, aucun groupe ou mécanisme pour réunir les dirigeants clés responsables de l'éducation, de l'emploi, de la réglementation ou du financement d'une partie de la main-d'oeuvre des soins de santé pour entamer une telle discussion.

Mettre l'accent uniquement sur la planification peut donner l'impression que si on arrive à prédire les chiffres avec exactitude, le problème est résolu. Notre problème va beaucoup plus loin que cela. Comme il en a été question dans la section sur les soins de santé primaires de ce rapport, il faut examiner la division de la main-d'oeuvre entre les professions de la santé. Il n'existe pas de consensus clair quant à quelles professions devraient être responsables d'exécuter quelles fonctions. Différentes pratiques sont en vigueur dans les provinces et territoires. Si on ne s'engage pas dans cette discussion fondamentale, les processus de planification seront compromis.



*Un fait relativement nouveau est une approche régionale à la planification des ressources humaines de la santé.*

## Promouvoir l'éducation interdisciplinaire

Les modèles de prestation des soins de santé de l'avenir s'appuient clairement sur des équipes de fournisseurs de soins de santé travaillant ensemble pour combler les besoins des patients. Il y a donc lieu d'envisager d'offrir des occasions coopératives d'éducation et de formation. Dans l'Accord de 2003, les gouvernements se sont engagés à promouvoir l'éducation interdisciplinaire. En 2003/2004, Santé Canada a commandé une série de documents de travail concernant les questions émergentes, ainsi que les tendances et les pratiques en ce qui a trait à l'intégration de l'éducation interprofessionnelle aux systèmes d'éducation et de santé. En septembre 2004, Santé Canada a annoncé un financement pluriannuel pour des projets portant sur des questions clés en éducation interprofessionnelle en vue d'une pratique coopérative axée sur le patient.

La plupart des provinces et territoires n'ont pas lié l'éducation interprofessionnelle à la planification des ressources humaines en santé. Certaines provinces disent qu'elles sont en train d'explorer des modèles. La Nouvelle-Écosse, par exemple, a utilisé l'éducation interprofessionnelle pour combiner les compétences essentielles des médecins et des infirmières afin de fournir des services dans les régions rurales et reculées.

Un certain nombre d'établissements d'enseignement explorent des modèles en vue d'une inclusion possible dans leurs programmes de sciences de la santé. Par exemple, le *College of Health Disciplines* de l'Université de la Colombie-Britannique et le *Centre for Collaborative Health Professional Education* de l'Université Memorial à Terre-Neuve et au Labrador offrent des cours facultatifs en éducation interprofessionnelle. Le *Health Sciences Council* de l'Université de l'Alberta exige que les étudiants en sciences de la santé prennent un cours en éducation interprofessionnelle.

Mais ce ne sont là que des étapes mineures. L'enseignement des sciences de la santé doit être transformée en intégrant des parties de programmes académiques distincts existants et en mettant l'accent sur la création d'équipes. Il est tout aussi important de mettre en place des milieux de travail coopératifs afin que les étudiants aient des endroits appropriés où travailler. Sinon, les diplômés des programmes de sciences de la santé n'auront d'autre choix que de travailler dans des milieux de travail habituels qui renforcent les anciennes façons de faire. Il faut également offrir des occasions de formation à ceux qui exercent déjà leur travail afin de les aider à travailler efficacement en équipe.

Un des facteurs qui vient compliquer l'éducation interprofessionnelle est la tendance à augmenter les exigences éducatives minimales pour les professions de la santé. Ce qui exigeait autrefois un diplôme nécessite maintenant un baccalauréat. Semblablement, ce qui exigeait autrefois un baccalauréat nécessite maintenant une maîtrise. Dans certains cas, il est prouvé que les exigences éducatives plus élevées seront bénéfiques pour les patients. Dans d'autres cas, il n'y a pas suffisamment de preuves. Il faut procéder à un examen soigneux de ces exigences éducatives changeantes afin de s'assurer qu'elles puissent être appuyées par des preuves de rentabilité de coûts.

D'autres initiatives entre les gouvernements et les établissements d'enseignement sont nécessaires pour accélérer les modèles changeants des études de premier cycle et les opportunités de formation pour les professions de la santé, afin de les rendre conformes à la vision future d'un système de santé réformé.

## Améliorer le recrutement et le maintien en poste

Les provinces et les territoires indiquent qu'ils font des investissements importants dans des programmes de recrutement et de maintien en poste, en particulier des encouragements financiers visant à attirer des professionnels des soins de santé à court terme. Ils disent également déployer des efforts accrus pour évaluer les compétences des travailleurs de la santé formés à l'étranger qui vivent au Canada mais qui ne travaillent pas dans leur domaine professionnel.

Parmi les initiatives existantes, mentionnons l'annonce des postes vacants, le remboursement des frais de scolarité, l'assistance sous forme de prêts et bourses, la possibilité de s'inscrire à des programmes éducatifs, le soutien des praticiens suppléants et des frais d'inscription différentiels pour l'installation dans des communautés isolées.

De toute évidence, les provinces et territoires investissent dans des initiatives de recrutement et de maintien en poste (voir Tableau A.8). Ces provinces et territoires qui ont un plus grand pouvoir d'achat réussissent mieux à attirer du personnel. Toutefois, des sondages menés auprès de professionnels de la santé plus jeunes indiquent que les considérations financières ne sont qu'un des facteurs dont ils tiennent compte quand ils décident où s'établir. Les possibilités d'emploi pour leur conjoint, la disponibilité de programmes éducatifs et récréatifs de haute qualité pour les enfants, ainsi qu'une affinité culturelle, sont tous des éléments importants de leur décision. Ce ne sont pas là des facteurs stratégiques directement sous le contrôle des ministères de la Santé. Les initiatives de recrutement et de maintien en poste doivent donc inclure d'autres ressources et organismes publics afin de créer un plus grand éventail de mesures incitatives pour les professionnels de la santé à l'avenir.



## RECOMMANDATION DU CONSEIL

Souvent, les rapports sur les ressources humaines de la santé sont liés à un manque de financement. Nous croyons que les solutions aux problèmes des ressources humaines en santé sont beaucoup plus complexes que l'ajout de quelques dollars. Réduire les temps d'attente inacceptables pour les chirurgies, mettre en place des soins à domicile ancrés dans la communauté ou mettre en oeuvre des programmes de gestion des maladies chroniques par des équipes de soins de santé primaires, exige une approche différente.

Étant donné que les ministres élaborent des projets dans la foulée de leur Plan décennal de septembre 2004, nous recommandons les mesures suivantes :

- 1) **Mettre l'accent sur les équipes :** Les activités de planification doivent correspondre à la vision future de la prestation des soins de santé. Les efforts de planification doivent mettre l'accent sur les équipes et le soutien requis pour faciliter la tâche à ces dernières plutôt qu'aux professions individuelles. Les modèles de planification existants donneront de mauvais résultats s'ils continuent à être fondés sur la demande et à être spécifiques à chaque profession de la santé. Les planificateurs ne peuvent pas continuer à supposer que les services de santé continueront d'être offerts comme ils le sont à l'heure actuelle. Il faut déployer de sérieux efforts pour orienter les activités de planification vers les équipes.
- 2) **Éliminer les obstacles :** De nombreuses études récentes ont révélé la présence «d'obstacles réglementaires» et de questions liées à la «portée de pratique», qui barrent la route lorsqu'on essaie de modifier la façon dont les différentes professions évoluent au Canada. Il est temps d'éliminer ces obstacles. Des réformes législatives permettraient d'instaurer la prestation de soins par des équipes pluridisciplinaires. Certaines provinces ont déjà des lois régissant les professions de la santé qui prévoient des soins partagés, tandis que d'autres n'en ont pas. Dans les professions de la santé réglementées, il existe des différences d'un bout à l'autre du pays concernant ce que la profession est autorisée à faire. Certaines professions sont réglementées dans certaines provinces et non réglementées dans d'autres, comme la profession de sage-femme, par exemple.



- 3) Transformer les programmes éducatifs des professions de la santé : Les programmes éducatifs doivent être intégrés et les étudiants doivent être formés en équipes. Cela leur permettra de travailler dans les environnements de collaboration qu'on envisage pour l'avenir.
- 4) Appuyer les professionnels de la santé existants : Les médecins, les infirmières praticiennes et autres professionnels ont besoin d'être formés en équipes afin d'apprendre à travailler efficacement ensemble.
- 5) Élaborer des mesures incitatives pour le recrutement et le maintien en poste : Les gouvernements et autres groupes intéressés au recrutement et au maintien en poste des professionnels de la santé doivent reconnaître qu'il y a des facteurs autres que l'argent qui entrent en ligne de compte lorsqu'un professionnel décide de s'établir dans une communauté, tels l'emploi pour les conjoints, le soutien technologique et les activités récréatives pour les enfants.
- 6) Planifier en collaboration : Nous sommes fortement d'avis que les objectifs de renouvellement des soins de santé établis par les premiers ministres ne pourront pas être atteints si les provinces et territoires ne collaborent pas en ce qui a trait à la planification des ressources humaines en santé. À cette fin, nous convoquerons, en 2005, un sommet national sur les ressources humaines en santé pour aider à faire avancer ces questions.



## LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION

Plusieurs des réformes des soins de santé envisagées par les premiers ministres s'appuient sur la transmission rapide de renseignements sur les patients entre des fournisseurs de soins travaillant dans des endroits différents. Un système de télédossiers de santé est essentiel au succès et Inforoute Santé du Canada a reçu la mission de mettre en oeuvre un système électronique de dossiers de santé. L'objectif visé est que 50 pour cent des Canadiens aient un télédossier de santé accessible par voie électronique d'ici la fin de 2009.

Les télédossiers de santé offrent un certain nombre d'avantages :

- Une sécurité accrue pour les patients grâce à l'évitement d'erreurs causées par des dossiers incomplets;
- Un accès plus rapide aux soins grâce à la réduction des temps d'attente et à la transmission accélérée d'information sur de grandes distances;
- Une efficacité améliorée grâce à la réduction de doublons des tests et des copies multiples de dossiers sur papier;
- Un meilleur partage de l'information et un soutien accru pour les soins prodigués en équipes.

Les Canadiens comprennent ces avantages et, dans un récent sondage, plus de 80 pour cent d'entre eux croyaient fermement que des dossiers électroniques de santé amélioreraient considérablement la capacité des professionnels de la santé de fournir des soins de qualité.

Malgré les preuves et le soutien généralisé en faveur du changement, la majorité des médecins et autres fournisseurs de soins n'ont pas adopté de système de dossiers électroniques et n'ont pas stocké des données-clés sur les patients dans un fichier électronique. Pourquoi? Historiquement, les mesures incitatives au changement ont été, en majeure partie, de nature financière. D'autres obstacles comme l'éducation et la formation pour les nouveaux utilisateurs n'ont pas été abordés. Les fournisseurs se soucient également du caractère confidentiel des données sur les patients et peuvent penser que le stockage électronique et l'accès à l'information sont moins sécuritaires. Plus récemment, les organismes subventionnaires ont reconnu le besoin d'avoir ces formes de soutien et offrent des boîtes à outils dans leurs trousseaux de mise en oeuvre.

Le fait demeure que le processus est volontaire. Les fournisseurs ne sont pas tenus d'adopter ces systèmes, car les gouvernements ne les ont pas obligés à le faire et les patients n'ont pas exigé le partage d'information afin d'obtenir les avantages possibles en matière de sécurité.

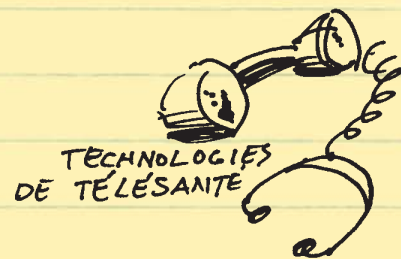
Les technologies de télésanté - qui font intervenir la vidéo et les réseaux à large bande et qui sont utilisées pour mettre des communautés isolées en contact avec des experts — recèlent un potentiel considérable quand il s'agit de modifier la prestation des soins de santé puisque, grâce à elles, les patients n'ont plus à quitter leur communauté pour recevoir des soins. Certaines communautés rurales, éloignées et du Nord adoptent rapidement les technologies de télésanté pour les services de diagnostic et de consultation. Par exemple, depuis décembre 2004, le programme *Care Closer to Home* au Nunavut relie toutes ses communautés reculées par l'entremise d'un réseau de télésanté.

On réalise donc des progrès à ce chapitre. Inforoute Santé du Canada a créé un plan d'investissement stratégique de 1,2 milliard de dollars pour faire en sorte que 50 pour cent de la population canadienne ait accès à des dossiers électroniques de santé d'ici 2009. L'organisme élabore aussi un plan d'investissement pour appuyer une stratégie en matière de télésanté.



## RECOMMANDATION DU CONSEIL

On devrait renforcer la valeur des télédossiers de santé comme outils pouvant améliorer l'accès, la qualité et la portée des soins, afin que le public en comprenne clairement les avantages et exige qu'ils soient mis en place. Nous recommandons que les fournisseurs, les gouvernements et le public s'engagent ensemble à adopter rapidement ces outils.



## LE FINANCEMENT

On s'attend à ce que les dépenses en santé au Canada atteignent 130 milliards de dollars en 2004, soit 4 078 par personne. Environ 70 pour cent de ce montant provient des fonds publics (91 milliards) et 30 pour cent de fonds privés (39 milliards).

L'argent est dépensé comme suit :

- Hopitaux (30 pour cent);
- Médicaments (16 pour cent);
- Médecins (13 pour cent);
- Autres professionnels des soins de santé (12 pour cent);
- Autres institutions (9 pour cent);
- Autres dépenses (9 pour cent);
- Santé publique et administration (7 pour cent);
- Immobilisations (4 pour cent).

Le financement provient de plusieurs sources dont les plus importantes sont les gouvernements provinciaux et territoriaux. Le gouvernement fédéral contribue en transférant directement des fonds aux provinces et aux territoires. Ce dernier est également responsable d'offrir des services de santé à des groupes tels les Premières Nations, les communautés Inuit, les forces armées et la G.R.C. Une partie de l'argent est liée à des réformes spécifiques et une autre partie ne l'est pas.

Dans l'Accord de 2003, le financement était réparti de différentes manières afin d'appuyer les objectifs de renouvellement. Certaines sommes ont été placées dans des fonds spécifiques :

- 16 milliards seront versés sur cinq ans pour un Fonds pour la réforme de la santé, qui ciblera les soins primaires, les soins à domicile et la couverture de type catastrophique des médicaments sur ordonnance;
- 1,5 milliard de dollars sont prévus pour améliorer l'accès aux services publics de diagnostic.

D'autres sommes ont été versées par l'entremise d'un transfert général :

- 2,5 milliards seront investis afin de remédier aux pressions actuelles;
- 1,3 milliard pour améliorer la santé des Peuples autochtones;
- 1,6 milliard sur cinq ans seront prévus pour des initiatives liées directement à l'Accord.

D'autres sommes ont été versées à des organismes précis :

- 600 millions à Inforoute Santé du Canada pour l'installation de l'infrastructure technologique nécessaire pour mettre en place les dossiers électroniques de santé;
- 500 millions seront consacrés aux hôpitaux de recherche par l'entremise de la Fondation canadienne pour l'innovation.

Les gouvernements consentent des investissements considérables dans les soins de santé. Comment les Canadiens sauront-ils que l'argent sert bien à financer le renouvellement des soins de santé?



En vertu de l'Accord de 2003, les ministres de la Santé sont tenus de préparer, à l'intention de leurs résidents, un rapport annuel public sur les soins de santé primaires, les soins à domicile et les médicaments afin d'informer les Canadiens sur l'état actuel des programmes et des dépenses, fournissant ainsi un point de référence qui permettra de suivre les nouveaux investissements. Le gouvernement de la Saskatchewan a publié un compte-rendu séparé de ses investissements d'après les domaines prioritaires cités dans le Plan décennal de 2004. Ce compte-rendu décrit comment la province comptait utiliser les 66 millions de dollars supplémentaires qu'elle a reçus du gouvernement fédéral pour réduire les listes d'attente pour des chirurgies et élargir ses capacités de diagnostic (30 millions); fidéliser les fournisseurs de soins de santé en offrant des milieux de travail plus sécuritaires et de haute qualité, ainsi que la formation et l'apprentissage continu (11 millions); remplacer et moderniser l'équipement et les infrastructures (14 millions); favoriser le changement en améliorant la qualité, en effectuant des examens de l'efficacité et en investissant dans la technologie de l'information (11 millions).

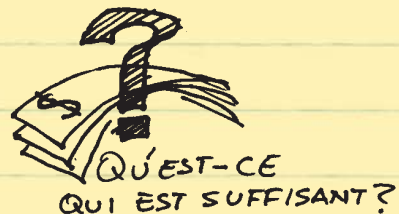
Le gouvernement de l'Ontario a élaboré un modèle pour la préparation de rapports sur les investissements de la province dans l'équipement médical et de diagnostic. Il décrit les critères utilisés pour distribuer les fonds, à qui ces derniers sont versés et comment l'argent est dépensé. Il fournit un compte-rendu détaillé de la quantité de machines, de pièces d'équipement et d'autres accessoires de soins qui sont achetés annuellement.



## RECOMMANDATION DU CONSEIL

L'argent est important. Les Canadiens veulent savoir si les investissements accrus dans les soins de santé vont appuyer les changements que les gouvernements ont convenu d'apporter. Les modèles mis au point par le gouvernement de la Saskatchewan et celui de l'Ontario sont utiles comme point de départ pour décrire **comment** l'argent a été dépensé. Nous croyons que le public a le droit de savoir comment l'argent a été dépensé d'un bout à l'autre du pays. Nous présenterons un compte-rendu sur le financement dans notre prochain rapport annuel.

Il y a une autre question fondamentale liée à l'argent. Quel serait un montant suffisant? Quel serait un montant excessif? Les soins de santé représentent une portion croissante des dépenses du gouvernement, au détriment d'autres secteurs qui contribuent à la santé comme l'éducation. Nous croyons que le Canada a besoin d'un débat public pour déterminer si des investissements supplémentaires dans les soins de santé comparativement à d'autres programmes sociaux seraient bénéfiques. Nous commanderons un rapport aux fins de la discussion publique en 2005.



## INFORMATION PUBLIQUE/INDICATEURS DE SANTÉ COMPARABLES

En 2000, les gouvernements ont décidé de créer une liste commune d'indicateurs sur l'état de la santé et les soins de santé. Chaque province et territoire pourrait ensuite préparer des rapports similaires sur ces indicateurs. Cela donnerait aux Canadiens des données comparables au sujet de leur propre santé et du rendement du système de soins de santé.

En septembre 2002, le gouvernement canadien et tous les gouvernements provinciaux et territoriaux ont publié des rapports contenant 67 indicateurs. Ces rapports traitaient des taux de maladie, des choix de styles de vie comme le tabagisme ou l'exercice physique, des temps d'attente pour des services de santé et des renseignements sur les résultats comme les taux de mortalité pour différents types de cancer.

En vertu de l'Accord de 2003, les ministres de la Santé devaient élaborer d'autres indicateurs et présenter des rapports à ce sujet en 2004. Des travaux ont été entrepris et on a cerné 70 indicateurs qui seront inclus dans un rapport à être publié par l'Institut canadien d'information sur la santé. Cette fois-ci, on a sélectionné 18 indicateurs sur lesquels chaque province et territoire devait faire rapport. Ces rapports ont été publiés à la fin de novembre 2004 et on peut les consulter sur le site Web respectif de chaque gouvernement et à [www.cihi.ca](http://www.cihi.ca). Les 18 indicateurs étaient axés sur l'accès aux soins primaires, l'assurance-médicaments, l'équipement médical et de diagnostic, les ressources humaines en santé et la santé générale de la population.

Le Conseil reconnaît les efforts considérables qui ont dû être déployés pour élaborer un ensemble d'indicateurs comparables sur la santé et produire des données aux fins de la publication. L'étape suivante consiste à déterminer à quel point ces données peuvent être utiles aux décideurs, aux planificateurs, aux fournisseurs de soins de santé et à d'autres personnes qui travaillent dans le système. Il est parallèlement important de déterminer si ces données permettent au grand public de comprendre, s'il y a lieu, les progrès réalisés dans la mise en oeuvre du renouvellement

des soins de santé. Malgré le fait que les provinces et territoires ont convenu de présenter des rapports sur les mêmes indicateurs, la présentation des rapports varie grandement. Par exemple, une province a produit un rapport de 4 pages, tandis qu'une autre en a produit un de 196 pages. Cela soulève la question suivante : quel est le but de cet exercice de déclaration?

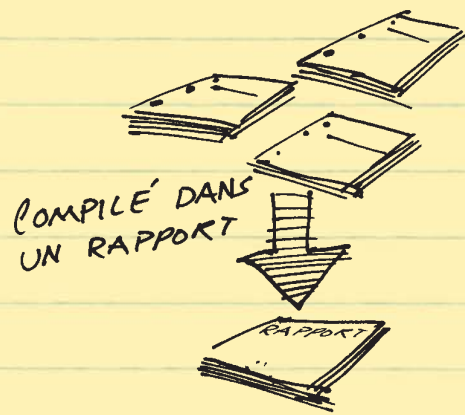
S'il vise à fournir des renseignements réguliers afin de suivre les améliorations apportées au système, les indicateurs choisis sont-ils les bons? Comment sont-ils liés aux objectifs énoncés dans l'Accord de 2003 et dans le Plan décennal de 2004? Les indicateurs sont-ils assez détaillés pour répondre à des questions sur le succès ou l'échec des initiatives d'amélioration? Devrait-on avoir moins d'indicateurs de base et se concentrer davantage sur un aspect du renouvellement du système pour chaque cycle de déclaration?

Tel qu'indiqué plus tôt dans le présent rapport, ces indicateurs ne sont pas choisis selon le statut socio-économique et, par conséquent, ne contribuent pas à une compréhension des disparités de la santé au Canada.



## RECOMMANDATION DU CONSEIL

Nous recommandons aux ministres de la Santé d'examiner à nouveau la façon dont ils préparent leurs rapports sur les indicateurs. Ces rapports pourraient devenir un outil public utile pour évaluer les améliorations apportées au système si les gouvernements énoncent clairement leur raison d'être. Nous recommandons aussi de compiler les renseignements dans un seul rapport afin que le public puisse comprendre les différences et les similitudes d'un bout à l'autre du pays. En outre, nous recommandons l'inclusion de facteurs socio-économiques dans le cadre des indicateurs de santé.





## PERSPECTIVES

Les premiers ministres ont convenu de changer la prestation des soins de santé au Canada. Ce changement se déploie et, selon nous, il est sur la bonne voie. Il y a une réceptivité accrue envers le changement et la volonté de l'accomplir est plus grande que par le passé.

Maintenant, la question est de savoir à quel rythme les Canadiens peuvent s'attendre à voir le renouvellement se réaliser. Les obstacles existants ralentissent les progrès dans certains domaines - en particulier les soins de santé primaires et une nouvelle approche en ce qui a trait aux ressources humaines en santé. Ces obstacles doivent être mieux compris et éliminés afin d'accélérer le changement. L'élimination de ces obstacles est un des aspects sur lequel nous nous pencherons au cours de l'année qui vient.

En 2005, nous continuerons à suivre et à faire rapport sur les progrès réalisés au sein du système de soins de santé. En particulier, nous comptons :

- publier une série de documents généraux sur les soins de santé primaires, les soins à domicile, les produits pharmaceutiques, les temps d'attente, les ressources humaines en santé et les questions liées à la santé des Autochtones;
  - cerner et promouvoir des pratiques innovatrices dans chacun des domaines susmentionnés;
  - commander des travaux de recherche sur les pratiques de l'industrie dans le secteur des produits pharmaceutiques, telles que les effets de la commercialisation, l'investissement dans la recherche et la divulgation des résultats des essais cliniques;
  - participer à des initiatives visant à élaborer des indicateurs pour mesurer la mise en oeuvre du renouvellement des soins de santé et qui soient significatifs pour le public;
- parrainer un Sommet national sur les ressources humaines en santé, où on abordera principalement les obstacles aux soins pluridisciplinaires et l'incidence de l'éducation et de la formation;
  - créer un modèle pour la préparation des rapports sur les fonds consacrés au renouvellement des soins de santé et sur la façon dont les fonds sont dépensés;
  - commander un rapport sur les coûts et les avantages des investissements supplémentaires dans les soins de santé;
  - amener les Canadiens à participer à une discussion soutenue sur le renouvellement des soins de santé d'après leurs attentes en tant que consommateurs et les renseignements dont ils veulent prendre connaissance annuellement;
  - fournir de l'information et du soutien aux provinces et territoires, aux professionnels des soins de santé et aux fournisseurs afin de leur faciliter la tâche.



## DERNIÈRES RÉFLEXIONS

Le Canada est à une importante croisée des chemins dans le développement de son infrastructure sociale. Les soins de santé ont reçu la part du lion quant à l'attention du public et aux investissements. En nous préparant pour l'avenir, il faudra faire face à certaines réalités :

- À eux seuls, les investissements dans les soins de santé ne peuvent pas résoudre les problèmes de santé du pays. Il faut également investir dans d'autres programmes sociaux et réduire les disparités en matière de santé. Consacrer davantage de fonds aux services de santé n'est pas nécessairement la solution.
- Cela dit, nous devons veiller à ce que les Canadiens obtiennent la meilleure valeur qui soit pour les sommes que nous investissons actuellement dans les soins de santé. Tirons-nous le meilleur profit possible des 130 milliards dépensés par an?
- L'avenir du système de soins de santé canadien dépendra de la modernisation des soins de santé primaires, qui elle est directement liée à une approche différente en matière d'éducation et de formation du personnel de la santé. Le rythme actuel de changement est lent et a besoin d'être accéléré. Si nous n'entreprenons pas cette modernisation, nous n'améliorerons pas l'accès aux services, nous n'arriverons pas à réduire les disparités et nous n'améliorerons pas la santé des Canadiens.

## Note à nos lecteurs

Pour une liste détaillée des documents et sources de référence utilisés dans la préparation de ce rapport, veuillez consulter notre site Web - [www.healthcouncilcanada.ca](http://www.healthcouncilcanada.ca) ou [www.conseilcanadiendelasante.ca](http://www.conseilcanadiendelasante.ca).

Nous tenons à vous remercier d'avoir pris le temps de lire ce rapport et nous vous invitons à nous faire part de vos impressions à son sujet. Veuillez visiter notre site Web et nous faire part de votre opinion.

Si vous n'avez pas accès à l'Internet, écrivez-nous à :

**Conseil canadien de la santé**  
**Bureau 900**  
**90, ave. Eglinton Est**  
**Toronto (Ontario)**  
**M4P 2Y3**



## **Annexe A – Tableaux d’information**

- Annexe 1 :** Stratégies communes pour assurer l’avancement des réformes des soins de santé primaires
- Annexe 2 :** Résumé des initiatives en matière de soins de santé primaires, par territoire
- Annexe 3 :** Résumé des initiatives de soins à domicile par province/territoire
- Annexe 4 :** Stratégies communes pour assurer l’avancement des réformes des soins à domicile
- Annexe 5 :** Programmes d’assurance-médicaments provinciaux et territoriaux (2001)
- Annexe 6 :** Exemples sélectionnés d’initiatives sur Internet liées aux temps d’attente au Canada (Octobre 2004)
- Annexe 7 :** Résumé des initiatives en matière de ressources humaines, par province/territoire
- Annexe 8 :** Initiative de recrutement et de fidélisation des ressources humaines du domaine de la santé, par province/territoire

## Annexe 1 : Stratégies communes pour assurer l'avancement des réformes des soins de santé primaires

Éléments de base	Stratégies communes
Continuité améliorée et meilleure coordination des soins	<p><b>Meilleure utilisation des équipes pluridisciplinaires et des organismes</b></p> <p><b>Élaboration et expansion d'un éventail d'organismes et de modèles de soins de santé primaires (par ex., des réseaux de médecins, des groupes de santé familiale, des organisations de services de santé, des centres de santé communautaire).</b></p> <p>La <b>Colombie-Britannique</b> a établi une gamme de choix pour permettre aux autorités en matière de santé de choisir la meilleure approche pour leur population, y compris les services tarifés et les combinaisons de modes de subvention. Les sites bénéficiant de modes de subvention combinés sont financés selon les caractéristiques de la population desservie.</p> <p>La <b>Saskatchewan</b> a chargé chaque autorité régionale en matière de santé de mettre en place un réseau d'équipes de fournisseurs de soins de santé primaires et d'assurer la gestion des cas pour coordonner les services.</p> <p>En <b>Ontario</b>, des contrats entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les organisations de services de santé, les centres de santé communautaire, le <i>Group Health Centre</i>, les réseaux de soins de santé primaires, les réseaux de santé familiale, les groupes de santé familiale et d'autres modèles de soins de santé primaires précisent un nombre minimal d'heures de bureau par semaine, une disponibilité sur appel 24 heures sur 24, sept jours par semaine, de même qu'un éventail défini de services. En 2003, l'Ontario s'est engagée à établir 150 équipes pluridisciplinaires de santé familiale, ainsi qu'un nouveau modèle de prestation de soins de santé primaires d'ici 2008. Ces équipes de santé familiale reflèteront des éléments clés de la stratégie de transformation des soins de santé primaires, notamment, les équipes pluridisciplinaires; un accès accru aux soins grâce à des heures de service prolongées et l'accès à une ligne de conseils téléphoniques à l'échelle de la province; un meilleur accès au système de soins de santé et une meilleure navigation de celui-ci; la promotion de la santé; la prévention de la maladie; le dépistage; la gestion des soins actifs et chroniques en fonction des besoins locaux en matière de santé; un soutien actif pour les responsabilités des patients en ce qui a trait à l'autogestion des soins, ainsi que les systèmes intégrés de gestion clinique.</p> <p>Au <b>Québec</b>, on a créé des centres de services sociaux et de santé en fusionnant des centres locaux de santé communautaire, des centres résidentiels et des centres de soins de longue durée, et des centres hospitaliers généraux et spécialisés.</p> <p><b>Élaboration de propositions sur les soins de santé primaires locaux par les autorités régionales en matière de santé. Ces plans s'appuient sur les cadres de travail provinciaux et mettent l'accent sur les points suivants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Élargir les systèmes de télésanté provinciaux ou régionaux. Par exemple, tout le <b>Nouveau-Brunswick</b> est desservi par le service de télétriage TeleCare.</li><li>• Faciliter l'établissement de priorités et la prise de décisions en ce qui a trait à la mise en oeuvre de meilleurs modèles de prestation des soins de santé primaires afin de combler les besoins de la communauté.</li><li>• Mettre sur pied des équipes plus coopératives afin de combler les besoins de la communauté.</li><li>• Superviser l'élaboration et la mise en oeuvre d'un système de dossiers électroniques sur la santé des patients.</li></ul>

## Annexe 1 : Stratégies communes pour assurer l'avancement des réformes des soins de santé primaires

Éléments de base	Stratégies communes
<b>Détection et prise de mesures précoces</b>	<p><b>Élaboration, pour la gestion des maladies chroniques, de stratégies axées sur les populations à risque élevé et des maladies chroniques précises (par ex., le diabète).</b> Par exemple, la <b>Colombie-Britannique</b> a mis au point, à l'intention des praticiens, une boîte à outils pour la gestion des maladies chroniques qui offre une gamme de fonctions dont l'accès par Internet à des lignes directrices cliniques sur le traitement de maladies comme le diabète, la dépression et l'insuffisance cardiaque. Cette trousse permet aux praticiens de remplir des rapports électroniques sur les patients et d'y intégrer automatiquement les lignes directrices cliniques. La Colombie-Britannique parraine aussi le <i>Electronic Medical Summary Project</i> (projet de résumés médicaux électroniques), qui vise à permettre l'échange électronique de données sur les patients à l'échelle de la province entre les praticiens lorsque ces derniers se partagent les soins de patients individuels.</p> <p>L'<b>Ontario</b> s'est engagée à établir, au cours des prochaines années, un cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques. En outre, les éléments clés de la stratégie de transformation des soins de santé primaires de l'Ontario sont la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le dépistage, les soins actifs et la gestion des maladies chroniques en fonction des besoins locaux et un soutien actif des responsabilités des patients en matière d'autogestion des soins.</p> <p>La <b>Nouvelle-Écosse</b> a retenu les services de l'Université Dalhousie pour travailler avec des partenaires en vue d'élaborer une stratégie à long terme pour conseiller le gouvernement sur la prévention des maladies chroniques.</p> <p>L'<b>Île-du-Prince-Édouard</b> est en train de créer un ensemble de protocoles cliniques de pratiques exemplaires destinés à être utilisés dans les centres de santé familiale où des équipes de médecins et d'infirmières autorisées collaborent pour gérer les maladies chroniques.</p> <p>Le <b>Nunavut</b> a créé une boîte à outils à être utilisée par les représentants de la santé communautaire en tant que personnel de première ligne dans la promotion de la participation communautaire. Cette boîte à outils, intitulée <i>Engaging Nunavummiut: A Guide to Strengthening Community in Nunavut</i> (favoriser la participation des Nunavummiut : un guide pour renforcer la communauté au Nunavut), vise à encourager une participation accrue des citoyens du Nunavut.</p>

## Annexe 1 : Stratégies communes pour assurer l'avancement des réformes des soins de santé primaires

Éléments de base	Stratégies communes
<b>De meilleures données sur les besoins et les résultats</b>	<p><b>Planification et mise en oeuvre d'initiatives sur les dossiers électroniques des patients.</b></p> <p>La <b>Colombie-Britannique</b> dispose d'un plan détaillé pour la mise en oeuvre, à l'échelle provinciale, de dossiers électroniques pour les patients. La mise en oeuvre du plan est dirigée par un comité directeur provincial formé de gestionnaires supérieurs des autorités en matière de santé, de fournisseurs, d'agents principaux de l'information et de membres de la direction du ministère des Services de santé.</p> <p>En <b>Alberta</b>, le <i>Electronic Health Record</i> (dossiers électroniques sur les patients) a été créé en 2004. Il emmagasine des données cliniques pertinentes sur Internet et relie les médecins, les pharmaciens, les hôpitaux, les soins à domicile et autres fournisseurs par l'entremise de l'ordinateur.</p> <p>Au <b>Québec</b>, un système de technologie de l'information, le Réseau de télécommunications sociosanitaire, relie tous les services de santé : hôpitaux, centres de santé communautaire locaux, centres de soins de longue durée, centres de réadaptation, les 18 régions régionales et autres services. Depuis janvier 2002, les groupes de médecine familiale ont également accès au système.</p> <p>La <b>Nouvelle-Écosse</b> est en train de mettre en oeuvre, pour tous les hôpitaux de la province, un système d'information favorisant le partage de dossiers électroniques sur les patients à tous les paliers des soins de santé. Le <i>Nova Scotia Health System Interoperability Project</i> (projet d'interopérabilité du système de santé de la Nouvelle-Écosse) permettra à des équipes de soins de santé primaires d'avoir accès, par voie électronique, à des renseignements sur les patients, y compris les résultats d'examen de laboratoire et de tests d'imagerie.</p> <p>Le <b>Nouveau-Brunswick</b> est en train de mettre en oeuvre des dossiers électroniques sur les patients pour les centres de santé communautaire.</p> <p>L'<b>Île-du-Prince-Édouard</b> a instauré, à l'échelle de la province, un système intégré de gestion des services reliant les programmes communautaires comme les soins à domicile, la santé mentale, l'éducation sur le diabète et les services à l'enfance et à la famille pour assurer l'homogénéité des soins.</p> <p><b>Soutien des travaux de recherche fédéraux et/ou provinciaux visant à améliorer les données sur les stratégies de réforme des soins de santé primaires.</b></p> <p>La <b>Colombie-Britannique</b> a fourni un soutien au <i>Centre for Health Services Policy Research</i> (centre de recherche sur les politiques en matière de santé) pour renforcer les capacités d'évaluation des soins de santé primaires. Le Centre a mis au point un cadre d'évaluation des soins de santé primaires et est en train d'élaborer une base de données administratives qui contiendra des profils et de l'information sur les soins de santé primaires et ce, du point de vue des autorités en matière de santé, des patients et des fournisseurs.</p> <p>Le <i>Manitoba Centre for Health Policy</i> est en train d'élaborer des indicateurs de santé pour appuyer des évaluations des besoins de la communauté, des plans de santé et des ententes sur le rendement et les produits livrables. Le <b>Manitoba</b> est également en train de mettre à l'essai, à titre pilote dans 21 communautés, une application électronique devant permettre de normaliser les évaluations des patients et la planification des soins. Le Centre a mis au point une base de données détaillée de travaux de recherche sur la santé de la population qui contient des dossiers sur tous les contacts de Manitobains avec des médecins, des hôpitaux, des soins à domicile, des foyers pour personnes âgées et des ordonnances. Les données administratives contenues dans la base sont utilisées pour aider les médecins à améliorer la qualité des soins qu'ils offrent en les évaluant à la lumière d'une série d'indicateurs de la qualité.</p> <p>Grâce au projet <i>e-Physician</i> (cybermédecin) et des systèmes de renseignements cliniques améliorés, l'<b>Ontario</b> pourra mieux suivre les besoins et mesurer les résultats des patients dans le domaine des soins de santé primaires. Par l'entremise de son Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, l'Ontario a financé un certain nombre de projets d'évaluation et de planification qui fourniront des conseils au Ministère sur ses stratégies en matière de soins de santé primaires.</p> <p>La <b>Nouvelle-Écosse</b> cherche à renforcer ses capacités d'évaluation et de recherche en matière de soins de santé primaires grâce à l'élaboration d'un cadre d'évaluation qui fait suite à un atelier tenu en février 2004.</p> <p>La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, <b>Santé Canada</b>, est en train de mettre à l'essai, à titre pilote dans 21 communautés, une application électronique devant permettre de normaliser les évaluations des patients et la planification des soins.</p>

## Annexe 1 : Stratégies communes pour assurer l'avancement des réformes des soins de santé primaires

Éléments de base	Stratégies communes
<b>Mesures incitatives nouvelles et plus dynamiques</b>	<p><b>Élaboration de nouvelles méthodes de financement et de rémunération y compris des nouveaux régimes de paiement pour les médecins, tels que, par exemple, des contrats, des listes spéciales ou des salaires.</b></p> <p>En <b>Colombie-Britannique</b>, l'entente de travail conclue en 2004 avec la <i>BC Medical Association</i> comprend des initiatives visant à appuyer des services complets de médecine familiale, y compris la gestion des maladies chroniques, les soins de maternité, un meilleur accès et une meilleure qualité de soins pour les personnes âgées fragiles. Vingt-cinq millions de dollars ont été alloués pour appuyer le renouvellement des soins de santé primaires en fournissant un financement pour la gestion ou la restructuration du changement, l'élaboration et la mise en oeuvre de nouvelles structures de gouvernance, la formation et le perfectionnement des compétences, et une technologie d'information améliorée. La Colombie-Britannique a aussi mis au point un modèle de financement combiné fondé sur les caractéristiques de la population desservie et appuyant la pratique interdisciplinaire.</p> <p>En <b>Alberta</b>, une entente de huit ans a été conclue entre le gouvernement, l'<i>Alberta Medical Association</i> et les autorités régionales en matière de santé pour fournir 100 millions de dollars sur trois ans pour améliorer l'accès aux soins de santé primaires.</p> <p><b>Terre-Neuve et Labrador</b> ont développé un nouveau modèle pour les omnipraticiens – 70 millions de dollars ont été négociés.</p> <p><b>Exploration et mise en oeuvre des changements en ce qui a trait à la portée de la pratique.</b> Certains de ces changements mettent l'accent sur les mesures incitatives au changement visant à encourager les fournisseurs à travailler dans un système de prestation plus homogène en modifiant les modèles de rémunération pour les médecins et autres praticiens, afin d'appuyer une approche en matière de prestation de soins de santé primaires.</p> <p>Les infirmières praticiennes sont maintenant autorisées à exercer au <b>Nouveau-Brunswick</b> et elles travaillent dans divers environnements de soins de santé, y compris des bureaux de médecin et des centres de santé communautaire.</p> <p><b>Élaboration de nouvelles stratégies de recrutement et de fidélisation du personnel.</b></p> <p>Le <b>Manitoba</b> a mis sur pied un bureau de la santé des régions rurales et du Nord chargé principalement de mettre au point une stratégie de recrutement et de fidélisation de médecins des soins de santé primaires et une stratégie pour les infirmières praticiennes.</p>

## Annexe 1 : Stratégies communes pour assurer l'avancement des réformes des soins de santé primaires

Éléments de base	Stratégies communes
Mesures incitatives	<p>En <b>Ontario</b>, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée cherche à augmenter les ressources humaines dans les soins de santé, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• En augmentant la proportion des postes pour omnipraticiens dans le système d'études supérieures en médecine du niveau actuel de 38 % à 43 %.</li><li>• En travaillant avec les facultés de médecine pour s'assurer que le programme de formation en médecine familiale soit attrayant et qu'il procure les compétences et les connaissances requises pour offrir des soins de santé primaires complets.</li><li>• En augmentant le nombre de postes de formation pour médecins diplômés internationaux de 90 à 200, en mettant l'accent sur les postes en médecine familiale.</li><li>• En adoptant des ententes de retour de services pour les médecins qui ont accès à une formation supérieure financée par le Ministère, ententes incluant les communautés où des équipes de santé familiale exerceront.</li><li>• En doublant le nombre de places en formation clinique pour les infirmières praticiennes de 75 à 150 en trois ans.</li><li>• En augmentant le nombre d'infirmières diplômées qui enseignent dans les facultés d'études infirmières afin de former davantage d'infirmières.</li><li>• En éliminant les obstacles auxquels font face les fournisseurs de soins de santé formés à l'étranger afin qu'ils puissent exercer en Ontario.</li><li>• En augmentant le nombre annuel d'inscriptions aux programmes de pharmacie à 240 en 2005, soit le double du nombre d'inscriptions de l'an 2000.</li><li>• En inscrivant 60 nouvelles candidates aux programmes de formation pour sages-femmes en 2004 et en élaborant, en 2004-2005, un plan en vue d'une expansion future.</li></ul> <p>Dans le cadre de sa stratégie en matière de soins de santé primaires, l'Ontario s'est aussi engagée à augmenter le nombre d'infirmières praticiennes, d'infirmières, de pharmaciens et d'autres fournisseurs de soins qui travaillent dans les soins de santé primaires.</p> <p>Une initiative conjointe entre la <b>Nouvelle-Écosse</b>, l'<b>Île-du-Prince-Édouard</b>, le <b>Nouveau-Brunswick</b> et <b>Terre-Neuve et Labrador</b> permet d'offrir une formation professionnelle continue aux fournisseurs de soins de santé primaires.</p>



## Annexe 2 : Résumé des initiatives en matière de soins de santé primaires, par territoire

Priorités	Priorités	Date cible	État
Colombie-Britannique	Embaucher 4 000 omnipraticiens au moyen du processus d'amélioration de la qualité; mettre en place une collaboration structurée.	2006	En cours
	Mettre en place 4 ententes de collaboration pour la gestion des maladies chroniques; les appuyer avec la TI et une initiative d'autogestion des patients.	2006	Continu
	Essai-pilote de visites cliniques de patients en groupe.	2005	En cours
	Élaborer des lignes directrices pour la pratique clinique.	2005	6 complétés; 3 en préparation
	Mettre en place des mesures incitatives pour favoriser des services complets de médecine familiale.	2006	Continu
	Établir un cadre pour le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires afin de fournir aux autorités régionales en matière de santé de nouveaux modèles de pratique.	2003	Complété
	Permettre à la totalité de la population de recevoir de meilleurs renseignements de la part d'infirmières autorisées et de pharmaciens en leur offrant l'accès par téléphone (BC Nurseline).	2003	Complété
	Convertir les projets entamés à titre de démonstration en des organisations permanentes de soins de santé primaires.	2003	Complété
	Établir un modèle de financement combiné pour les organisations des soins de santé primaires.	1997 – Continu	Établi
	Créer 11 organisations de soins de santé primaires, 5 centres de santé communautaire (sites appartenant aux autorités régionales en matière de santé), 4 initiatives de soins partagés (des spécialistes et des omnipraticiens gérant des patients complexes ensemble), 1 réseau de soins des patients (les praticiens ne sont pas au même endroit mais ils se partagent des renseignements sur les patients, des soins après les heures d'ouverture et la disponibilité sur appel).	2004	Établi
	Élargir le recours aux sages-femmes en créant un programme de formation au sein de la faculté de médecine de l'Université de la C.-B.	2005	Les premiers étudiants obtiendront leur diplôme en 2005.
	Élaborer des lois et règlements pour régir les infirmières praticiennes.	2004	Complété. Les étudiants obtiendront leur diplôme en 2005.
	Créer un programme de formation pour les infirmiers praticiens dans deux universités.	2004	Premiers diplômés en 2005
Documenter les modèles de soins infirmiers fructueux pour les soins interdisciplinaires.	2005	En préparation	
Établir des soins gérés par des infirmières dans six communautés rurales/reculées.	2004	En préparation	
Élaborer des résumés médicaux électroniques.	2006	En préparation	

## Annexe 2 : Résumé des initiatives en matière de soins de santé primaires, par territoire

Territoire	Priorités	Date cible	État
Alberta	Élaborer, à l'échelle de la province, l'accès par téléphone à des renseignements sur la santé.	2003	Établi
	Mettre en place les dossiers électroniques sur les patients de l'Alberta.	2004	Mars 2004 – 5500 usagers en ligne.
Saskatchewan	Accès, à l'échelle de la province, à des conseils par téléphone.	2003	Complété
	Élaborer un protocole d'entente sur les soins de santé primaires et un modèle de contrat pour les médecins.	Décembre 2004	En cours
	Créer des réseaux et des équipes de services de santé disponibles 24 heures sur 24, sept jours par semaine, à toute la population.	2011	27 équipes établies, couvrant 18 % des infirmières praticiennes autorisées maintenant prêtes à être assujetties au régime d'autorisation en Saskatchewan. Des responsables de la création des équipes dans chaque autorité régionale en matière de santé.
	Toutes les autorités régionales en matière de santé élaboreront des plans de soins de santé primaires.	2004	Complété. Chaque autorité régionale en matière de santé a un directeur reconnu pour les soins de santé primaires et un comité directeur pluridisciplinaire pour les soins de santé primaires.
	Développer une évaluation en soins de santé primaires.	2005	En cours
	80 % des médecins de famille participeront aux modèles de soins de santé primaires.	2011	En cours
Manitoba	Les régions élaboreront un plan de soins de santé primaires axés sur le cadre stratégique provincial.	2004	Complété
	Établir des centres d'accès en matière de santé.		Continu. Deux sont établis et d'autres sont en cours de préparation.
	Mettre sur pied une stratégie de recrutement de médecins de soins de santé primaires.		Continu
	Établir un bureau de santé pour les communautés rurales et reculées.		Établi
	Élargir Télésanté.		Plus de 20 sites sont fonctionnels et d'autres sont en cours d'élaboration.

## Annexe 2 : Résumé des initiatives en matière de soins de santé primaires, par territoire

Priorités	Priorités	Date cible	État
Ontario	Mettre en oeuvre une initiative pour les infirmières praticiennes.		<p>La plus récente initiative a financé 115 postes dans des régions rurales, de petite taille et mal desservies. Le Ministère explore des occasions d'intégrer les infirmières praticiennes aux équipes de santé familiale et à d'autres cadres de soins primaires. En tout, le Ministère finance plus de 400 postes d'infirmières praticiennes.</p> <p>Reclasser 84 postes de soins infirmiers en postes d'infirmières praticiennes et créer 34 nouveaux postes d'infirmières praticiennes dans des cadres communautaires.</p>
	Créer des équipes de santé familiale.	2008	<p>Prévoir d'établir 150 équipes de santé familiale d'ici 2008.</p> <p>45 équipes seront annoncées d'ici le 31 mars 2005.</p>
	Aligner 7 modèles innovateurs de prestation de soins primaires en fonction d'éléments communs : le <i>Group Health Centre</i> , les centres de santé communautaire, les réseaux de soins primaires, les réseaux Santé familiale, les organisations de services de santé, les Plans de financement de la médecine de groupe dans le Nord et les contrats communautaires.	2008	<p>Au cours des prochaines années, l'Ontario alignera les modèles de soins primaires existants en fonction d'éléments communs dont des heures de soins prolongées; un service téléphonique de conseils en santé; des soins coopératifs pluridisciplinaires; la coordination de l'accès au système et de sa navigation, la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le dépistage, les soins actifs et la gestion des maladies chroniques en fonction des besoins locaux; le soutien actif des responsabilités des patients en matière d'autogestion de la santé et des systèmes de gestion clinique intégrés.</p>

## Annexe 2 : Résumé des initiatives en matière de soins de santé primaires, par territoire

Priorités	Priorités	Date cible	État
Québec	100 groupes de médecine familiale offriront des services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.	2003	
	Les centres de santé communautaire seront ouverts 7 jours sur 7 pendant au moins 70 heures par semaine.	2003	En 2004, les centres de santé communautaire ont été fusionnés avec les centres de soins résidentiels, les centres de soins de longue durée et les centres hospitaliers généraux et spécialisés.
Nouvelle-Écosse	Évaluer les équipes de soins de santé pluridisciplinaires.	2003	4 sites de démonstrations ont été établis et une évaluation a été complétée.
	Établir et appuyer des équipes de pratique coopérative.	2006	Continu. Les infirmières praticiennes sont déjà intégrées aux équipes dans 14 communautés.
	Offrir une formation aux fournisseurs de soins de santé primaires.	2006	Initiative conjointe continue entamée par les provinces Atlantiques pour offrir des modules de formation professionnelle continue aux fournisseurs de soins de santé primaires dans les 4 provinces.
	Créer une ligne téléphonique Télésanté, un site Web interactif et des cassettes audio en partenariat avec les autres provinces Atlantiques.	2003	Phase 1 entamée. Mise en oeuvre prévue pour 2005/2006.
	Mettre en oeuvre, à l'échelle de la province, un système d'information qui appuie le partage de dossiers électroniques sur les patients entre les paliers de soins.	2005	Achèvement prévu pour 2005/2006.
	Faire avancer l'initiative des dossiers électroniques sur les patients.	2006	Continu.
	Intégrer la diversité et l'inclusion sociale aux soins de santé primaires.	2006	Continu.

## Annexe 2 : Résumé des initiatives en matière de soins de santé primaires, par territoire

Priorités	Priorités	Date cible	État
Nouveau-Brunswick	Établir 5 centres de santé communautaire.	2004	Centres de santé communautaires établis et fonctionnels à Saint-John, Minto, Doaktown, Lameque et Riverside-Albert.
	Établir 4 autres centres de santé communautaire.	2008	Planification en cours en vue de l'établissement de centres santé communautaire à Plaster Rock, St-Quentin, Dalhousie et Caraquet.
	Installer une ligne Télésanté.	1999	La totalité du Nouveau-Brunswick a accès au service de télédépistage de Télésanté.  Le Nouveau-Brunswick travaille aussi avec des partenaires atlantiques à l'expansion de ce service à l'échelle régionale.
	Mettre en oeuvre des pratiques coopératives.	2004	Pratiques coopératives individuelles (dans les bureaux de médecins) en place à Edmundston, Bathurst et Moncton.  Clinique de pratique coopérative maintenant en place à Frédéricton.
	Mettre l'accent sur la formation interdisciplinaire.	2006	Continu. Initiative conjointe des provinces Atlantiques pour fournir une formation professionnelle continue aux fournisseurs de soins de santé primaires.
	Embaucher des infirmières praticiennes.	2002	Les infirmières praticiennes sont maintenant autorisées à exercer au Nouveau-Brunswick; elles travaillent dans divers environnements de soins de santé, y compris des bureaux de médecins et des centres de santé communautaire.
	Mettre en place les dossiers électroniques sur les patients pour les centres de santé communautaire.	2008	Continu. Mettre en oeuvre les dossiers électroniques sur les patients pour les centres de santé communautaire.
	Améliorer les services ambulanciers.		Continu. Rehausser les capacités et les compétences des ambulanciers afin d'améliorer l'accès aux soins de santé.

## Annexe 2 : Résumé des initiatives en matière de soins de santé primaires, par territoire

Priorités	Priorités	Date cible	État
<b>Terre-Neuve et Labrador</b>	100 % des résidents seront inscrits dans un réseau de soins de santé primaires.	2007	Continu. 25 % de la population y aura accès d'ici 2005.
	Créer une ligne Télésanté, une ligne téléphonique interactive et des cassettes audio en partenariat avec d'autres provinces Atlantiques.	2005	Phase 1 entamée. Mise en oeuvre prévue pour 2005/2006.
	Évaluer un système de dossiers électroniques partagés entre les fournisseurs de soins de santé primaires.	2005	Continu.
	Accroître la participation des médecins de famille aux équipes de soins de santé primaires.	2006	Continu. Participation entière des médecins à 8 projets.
	Assurer des soins de santé primaires 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 dans un délai de 60 minutes à 95 % de la population.	2007	Continu. Accès de 90 % en 2004.
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>	Élaborer une analyse de rentabilisation pour Télésanté avec les autres provinces Atlantiques pour le télétriage.	2005	Phase 1 de l'analyse de rentabilisation terminée.
	Créer des centres de santé familiale avec un personnel de base de médecins et d'infirmières autorisées salariés travaillant en collaboration.	2002 – 2005	5 des 6 sites établis sont en train d'être évalués.
	Créer, avec 22 organisations partenaires, une stratégie de vie saine qui met l'accent sur une vie active, un régime alimentaire sain et la réduction du tabagisme.	2002 – 2005	22 organisations ont des plans de marketing social.
	Créer des réseaux locaux de services communautaires qui organisent des activités faisant la promotion de la Stratégie de vie saine.	2003 – 2005	4 coordonnateurs embauchés à l'échelle régionale pour mettre en place les réseaux locaux.

## Annexe 2 : Résumé des initiatives en matière de soins de santé primaires, par territoire

Priorités	Priorités	Date cible	État
<b>Territoires-du-Nord-Ouest</b>	Publier et distribuer un manuel d'autogestion de la santé à tous les foyers.	2003	Complété.
	Établir un centre d'appels sans frais pour la santé familiale et le soutien social.	2004	Lancé en mai 2004.
	Rendre officiel le modèle de prestation de services intégrés de santé et de services sociaux et établir des projets de démonstration.	2003	Les plans sont achevés. Mise en oeuvre à être effectuée graduellement, selon les ressources disponibles et les priorités.
	Établir des équipes de prestation de soins de rechange.	2010	
	Intégrer les infirmières praticiennes aux soins de santé primaires.		La nouvelle Loi sur les soins infirmiers promulguée en janvier 2004 fournit un cadre réglementaire pour les infirmières praticiennes.  Des infirmières praticiennes dans chaque centre de santé communautaire et dans les salles d'urgence des hôpitaux (minimum de 29 postes).
	Intégrer les services des sages-femmes.	2005	Entrée en vigueur de la Loi sur la profession de sage-femme en janvier 2005.
<b>Yukon</b>	Établir un plan de vie saine.	2006	Continu.
	Établir un programme de vie active – Appuyer un programme de marche.		
	Fournir des renseignements sur l'art d'être parent. Lancer une campagne de marketing social sur l'art d'être parent.		
	Fournir des renseignements sur la santé : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guide – Manuel d'information sur la santé pour tous les foyers du Yukon.</li> <li>• Accès sur Internet – Lien vers des renseignements sur la santé en ligne par l'entremise de la C.-B.</li> <li>• Information sur les programmes – Améliorer les renseignements en ligne sur les programmes et services du Yukon.</li> </ul>		
	Mettre à jour le manuel sur l'invalidité.		
	Rehausser le soutien pour la technologie de l'information : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Système d'information sur la santé publique</li> <li>• Système d'information sur la santé mentale</li> <li>• Registre de patients</li> <li>• Système d'information sur les médicaments</li> </ul>		
	Renforcer la gestion de l'information dans le cadre des activités générales de planification et de coordination.		

## Annexe 2 : Résumé des initiatives en matière de soins de santé primaires, par territoire

Priorités	Priorités	Date cible	État
Nunavut	<p>Utiliser les fonds alloués aux soins de santé primaires pour promouvoir les approches pluridisciplinaires en matière de prestation des soins de santé et pour former les fournisseurs de services inuits.</p> <p>Mettre l'accent sur des services de toxicomanie et de santé mentale mieux intégrés.</p> <p>Élaborer et mettre en oeuvre une boîte à outils intitulée <i>Engaging Nunavummiut: A Guide to Strengthening Community in Nunavut</i> (favoriser la participation des Nunavummiut : un guide pour renforcer la communauté au Nunavut) à être utilisée par les représentants de la santé communautaire.</p> <p>Élaborer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• du matériel de formation à l'intention des équipes régionales de formation en santé mentale;</li> <li>• une série d'affiches de sensibilisation à la santé mentale (anxiété, dépression, syndrome de stress post-traumatique).</li> </ul> <p>Créer un programme de Travailleur en santé mentale menant à un diplôme.</p> <p>Établir un projet pilote de 3 mois pour former des représentants de la santé communautaire au Nunavut pour des programmes de soins dentaires et de nutrition en vue d'octroyer un diplôme de Spécialiste en promotion de la santé communautaire pour les soins dentaires et la nutrition.</p> <p>Fournir aux représentants de la santé communautaire une formation continue en évaluation des besoins et en techniques d'animation.</p>	Continu.	
	<p>Établir la première clinique de médecine familiale coopérative à Iqualuit.</p>	2005	

Source : tel que fourni par les provinces et les territoires.



## Annexe 3 : Résumé des initiatives de soins à domicile par province/territoire

Province/Territoire	Soins actifs à court terme	Soins actifs et communautaires, santé mentale	Soins palliatifs et en fin de vie	Lois et règlements sur les congés et prestations de compassion
<b>Gouvernement fédéral</b> (Anciens combattants; Affaires indiennes et du Nord; GRC)	Le ministère des Anciens combattants a un Programme pour l'autonomie des anciens combattants comprenant des soins actifs complets à domicile – ce programme vise à compléter d'autres programmes (aucun programme précis à court terme). Affaires indiennes et du Nord a un programme de soins continus et de soins à domicile pour les membres des Premières nations et des Inuits; ce programme fournit un large éventail de services et de fournitures, selon la disponibilité des fournisseurs. La GRC n'a pas de programme normalisé. Chaque unité de la GRC maintient un contrat avec une agence de soins à domicile. Le programme vise les membres réguliers.	Anciens combattants ne finance pas cette catégorie séparément mais certains services nécessaires peuvent être accessibles par l'entremise du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Affaires indiennes et du Nord – plusieurs initiatives partielles sont regroupées sous un programme plus cohérent avec un réseau de fournisseurs de services. Les services peuvent être fournis là où ils sont disponibles en vertu du Programme des services de santé non assurés. GRC – aucun renseignement précis n'a été fourni.	La politique du ministère des Anciens combattants est que le client devrait se prévaloir de son accès à un régime ou à des services quelconques, ensuite le Ministère peut, dans le cadre d'un programme de soins palliatifs, fournir d'autres éléments requis tels que des services, des médicaments et des fournitures.	En 2003, le gouvernement fédéral a amendé la <i>Loi sur l'assurance-emploi</i> [S.C. 2003, c.15, s.19] et le Code canadien du travail [S.C. 2003, c.15, s.27] afin de donner des congés pour compassion pouvant aller jusqu'à huit semaines (avec prestations d'AE jusqu'à concurrence de six semaines) pour prendre soin d'un membre de la famille chez qui on a diagnostiqué une maladie risquant de causer la mort dans un délai de 26 semaines.
<b>Colombie-Britannique</b>	Services professionnels fournis sans frais. Fournitures médicales fournies gratuitement pendant 2 semaines. Avril 2005 – Le soutien à domicile sera fourni sans frais pendant deux semaines, selon les besoins.	Aucun programme précis mais toutes les administrations sanitaires régionales doivent fournir un éventail complet de soins, y compris des soins à domicile pour les problèmes de santé mentale et de toxicomanie, à court et à long terme.	C.-B. Prestations pour soins palliatifs. L'admissibilité est déterminée par un médecin et vise les personnes ayant une espérance de vie de six mois et moins et qui consentent à ce que le régime de soins soit palliatif plutôt que curatif. Le programme couvre les médicaments, les fournitures et l'équipement.	Au 31 octobre 2004, aucun amendement n'a été apporté.

## Annexe 3 : Résumé des initiatives de soins à domicile par province/territoire

Province/Territoire	Soins actifs à court terme	Soins actifs et communautaires, santé mentale	Soins palliatifs et en fin de vie	Lois et règlements sur les congés et prestations de compassion
<b>Alberta</b>	Renseignements non disponibles.	Renseignements non disponibles.	Les administrations sanitaires régionales offrent les services en vertu du programme de services de soins communautaires, qui fournit des médicaments et des fournitures médicales jusqu'à concurrence de 1000 \$ comme contribution par le client.	Au 31 octobre 2004, aucun amendement n'a été apporté.
<b>Saskatchewan</b>	Services de soins à domicile fournis en fonction des besoins et des risques. Services professionnels, équipement et fournitures médicaux fournis gratuitement. Les médicaments, les soins personnels, les repas, etc., sont sujets à des frais d'utilisation ou à une quote-part.	Aucun programme précis à court terme, mais de nombreux services sont fournis en fonction des besoins déterminés par les administrations sanitaires régionales dans le cadre de leurs programmes de santé mentale.	Les services de soins palliatifs font partie des soins de santé primaires de base fournis par les administrations sanitaires régionales. Les soins palliatifs à domicile et les médicaments pour les patients en phase terminale sont gratuits.	En juin 2004, le <i>Labour Standards Act</i> a été amendé pour fournir jusqu'à 12 semaines de congé de compassion sans solde (jusqu'à 16 semaines là où les lois provinciales et fédérales s'appliquent conjointement).
<b>Manitoba</b>	Les administrations sanitaires régionales offrent un large éventail de services subventionnés par le gouvernement et fondés sur une évaluation individuelle.	Services fournis par les administrations sanitaires régionales mais pas dans le cadre du Programme de soins à domicile. De nombreux services à court terme sont offerts (unités mobiles pour situations de crise; unités de stabilisation des situations de crise; maisons de refuge; équipes d'information sur les incidents graves) d'après les besoins déterminés.	Les administrations sanitaires régionales offrent des services de soins palliatifs comme sous-programme du Programme de soins à domicile. Les médicaments et les services sont fournis gratuitement aux personnes chez qui on a diagnostiqué une maladie en phase terminale, qui ont un pronostic de moins de 6 mois, qui ont été référées par un médecin et qui ne reçoivent plus de traitement agressif.	En décembre 2003, le <i>Code des normes d'emploi</i> a été amendé – jusqu'à 8 semaines de congé de compassion sans solde.

## Annexe 3 : Résumé des initiatives de soins à domicile par province/territoire

Province/Territoire	Soins actifs à court terme	Soins actifs et communautaires, santé mentale	Soins palliatifs et en fin de vie	Lois et règlements sur les congés et prestations de compassion
<b>Ontario</b>	Tous les Ontariens sont admissibles à des soins à domicile subventionnés par le gouvernement, en fonction de leurs besoins. Aucun programme distinct pour les patients de soins actifs à court terme. Services : gestion de cas, soins infirmiers, soutien personnel et tâches ménagères, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, travail social, diététique, équipement et fournitures médicaux et accès à une carte de paiement des médicaments. Les niveaux de service maximaux pour les soins infirmiers, le soutien personnel et les tâches ménagères sont énoncés dans la loi.	Large éventail de programmes et services, mais pas partout dans la province. Les équipes mobiles pour situations de crise et les équipes de traitement communautaire assertif effectuent des interventions opportunes. Des services sont offerts par les centres d'accès aux soins communautaires dans le cadre du programme de soins à domicile de la province, mais pas de façon constante. Juin 2004 – le ministre de la Santé annonce 583 millions de dollars sur 4 ans pour la santé mentale.	Les centres d'accès aux soins communautaires fournissent une gamme de services de soins palliatifs. Les patients de soins palliatifs des centres d'accès ne paient pas pour les services ou les médicaments, excepté une quote-part de 2 \$.	En juin 2004, la <i>Loi sur les normes d'emploi</i> , 2000 a été amendée – jusqu'à 8 semaines de congé sans solde pour prendre soin d'un membre de la famille.
<b>Québec</b>	Renseignements non disponibles.	Renseignements non disponibles.	Renseignements non disponibles.	La loi existait avant l'amendement par le gouvernement fédéral. Jusqu'à 12 semaines de congé sans solde pour compassion si l'employé a effectué au moins 3 mois de service ininterrompu.

## Annexe 3 : Résumé des initiatives de soins à domicile par province/territoire

Province/Territoire	Soins actifs à court terme	Soins actifs et communautaires, santé mentale	Soins palliatifs et en fin de vie	Lois et règlements sur les congés et prestations de compassion
<b>Nouveau-Brunswick</b>	Programme extra-mural dirigé par les administrations sanitaires régionales. Les clients doivent être référés par un médecin. Le mandat du programme est de réduire le besoin d'hospitalisation, d'écourter les séjours à l'hôpital et de fournir des services de réadaptation. Large éventail de services et de fournitures, y compris des médicaments, mais le programme ne constitue pas un payeur de dernier recours pour tous les médicaments.	Aucun renseignement précis n'a été fourni.	Le programme extra-mural, géré par les administrations sanitaires régionales, offre des services de soins à domicile complets pour les patients de soins palliatifs qui ont été référés. Le programme extra-mural offre un grand éventail de services et de fournitures, mais c'est le payeur de dernier recours pour les médicaments.	En décembre 2003, la <i>Loi sur les normes d'emploi</i> a été amendée – jusqu'à 8 semaines de congé de compassion sans solde.
<b>Nouvelle-Écosse</b>	Les clients doivent avoir un diagnostic/pronostic suggérant une résolution de son état dans les 15 jours. Le médecin détermine si le patient est assez stable pour recevoir des soins à domicile. Maximum de 2000 \$ pour 15 jours de fournitures et services médicaux (pas l'équipement médical). Les soins à domicile peuvent être prolongés moyennant une autorisation.	Les services de santé mentale, subventionnés par le ministère de la Santé, sont fournis par 9 administrations sanitaires et par le IWK Health Centre. Les administrations gèrent 50 cliniques communautaires, des lits pour patients, des services en situation d'urgence et de crise, des centres de traitement de jour et des programmes de réadaptation psychosociale en pavillon; elles offrent aussi des soins actifs et à long terme et du soutien.	En 2001, la Nouvelle-Écosse a participé à un projet pilote en soins palliatifs appuyé par le Fonds fédéral pour l'adaptation des soins de santé. Le projet comprenait des consultations avec des équipes pluridisciplinaires, des soins à domicile améliorés dans les 3 derniers mois de la vie et une formation spécialisée pour les professionnels qui faisaient partie de l'équipe. Cette approche pour les soins palliatifs s'est poursuivie. La Nouvelle-Écosse travaille actuellement à l'élaboration d'une approche provinciale pour les soins palliatifs.	En mai 2004, le <i>Labour Standards Code</i> a été amendé – jusqu'à 8 semaines de congé de compassion sans solde.

## Annexe 3 : Résumé des initiatives de soins à domicile par province/territoire

Province/Territoire	Soins actifs à court terme	Soins actifs et communautaires, santé mentale	Soins palliatifs et en fin de vie	Lois et règlements sur les congés et prestations de compassion
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>	On utilise des critères d'admissibilité généraux pour les soins à domicile pour évaluer les besoins à court terme. Des services professionnels sont fournis. Des visites d'auxiliaires familiales sont offertes d'après une échelle mobile. L'équipement et les fournitures médicaux ne sont pas subventionnés par le gouvernement. Pas de programme distinct pour les médicaments.	Les administrations sanitaires régionales fournissent des services par l'entremise des centres de santé mentale ou de partenaires comme, par exemple, l'Association canadienne pour la santé mentale. Les services sont subventionnés par le gouvernement (les services de soins personnels essentiels sont sujets à une quote-part). Il y a une période d'attente pour certains services mais pas pour les interventions en cas de crise.	Des services de soins palliatifs sont fournis dans le cadre de l'enveloppe budgétaire globale aux quatre administrations sanitaires régionales dotées d'un programme de soins palliatifs intégré. Des services professionnels et de soutien à domicile sont fournis, mais les médicaments, l'équipement et les fournitures médicaux ne sont pas subventionnés par le gouvernement si le patient reste à la maison.	En décembre 2003, la <i>Loi sur les normes d'emploi</i> a été amendée – jusqu'à 8 semaines de congé de compassion sans solde.
<b>Terre-Neuve et Labrador</b>	Les clients sont admis aux programmes de soutien à domicile à titre d'urgence. Les services professionnels sont fournis en fonction des besoins et de la disponibilité. Les fournitures médicales sont fournies en quantité limitée. L'équipement médical est soumis au critère des actifs. Les médicaments ne sont pas couverts. Les services de réadaptation peuvent faire l'objet d'une attente de 2 à 3 semaines. Les soins infirmiers sont généralement fournis dans les 24 heures après avoir pris congé de l'établissement.	La province reconnaît le manque de services dans ce domaine en raison des contraintes budgétaires. Les services ne sont offerts qu'à un niveau limité et seulement lorsqu'ils sont assortis à d'autres services offerts simultanément. La province propose que d'autres programmes soient élaborés à l'avenir comme un continuum fondé sur le concept d'équipes de soins de santé primaires incluant les responsables des services de santé mentale.	La prestation des services n'est pas uniforme à l'échelle de la province. Bien que l'évaluation et la gestion des soins soient subventionnées par les fonds publics, les soins infirmiers et les services paramédicaux sont limités. L'équipement est limité et est octroyé d'après le critère des actifs. Les soins personnels sont fournis d'après le critère des actifs. Les médicaments ne sont pas payés par le gouvernement.	Au 31 octobre 2004, aucun amendement n'a été apporté.

## Annexe 3 : Résumé des initiatives de soins à domicile par province/territoire

Province/Territoire	Soins actifs à court terme	Soins actifs et communautaires, santé mentale	Soins palliatifs et en fin de vie	Lois et règlements sur les congés et prestations de compassion
<b>Yukon</b>	Services pleinement subventionnés jusqu'à concurrence de 3 mois, d'après les besoins déterminés. Les médicaments et l'équipement sont couverts pour les personnes de 65 ans et plus, les prestataires de l'aide sociale et ceux qui sont inscrits au programme des maladies chroniques. Des fournitures médicales sont fournies à court terme (2 semaines au maximum) à ceux qui attendent de recevoir une assurance privée.	Les Services de santé mentale offrent des services à domicile (services d'approche), fournis au besoin. Les médicaments sont subventionnés dans le cadre du programme des maladies chroniques. Il n'y a actuellement aucune liste d'attente pour les services, et les personnes nouvellement référées sont vues aussi tôt que possible.	Les patients en soins palliatifs sont admissibles à des soins à domicile en fonction de leurs besoins. Les Services de santé paient, à partir des fonds publics, pour les médicaments, l'équipement et les fournitures médicaux jusqu'à concurrence d'un an, sous réserve, seulement, de leur capacité de livrer aux communautés reculées ce dont elles ont besoin.	En novembre 2003, la <i>Loi sur les normes d'emploi</i> a été amendée – jusqu'à 8 semaines de congé de compassion sans solde.
<b>Territoires-du-Nord-Ouest</b>	Des soins actifs à domicile sont offerts à tous et sont subventionnés par les fonds publics en fonction des besoins. Les limitations ont trait à la disponibilité structurale des fournisseurs de services.	Des services sont fournis aux personnes qui ont été évaluées par un conseiller en santé mentale, un psychiatre ou un thérapeute et pour lesquelles on a déterminé que des services étaient nécessaires. Pas de distinction entre le court et le long terme. Les médicaments sont financés dans le cadre d'autres programmes. Il n'y a pas de frais d'utilisation et aucune limite aux services.	Les soins à domicile pour les patients de soins palliatifs sont entièrement couverts par les fonds publics. Cela comprend les services professionnels, les soins à domicile, les médicaments, l'équipement et les fournitures médicaux.	Au 31 octobre 2004, aucun amendement n'a été apporté mais le ministère de la Justice a déclaré dans un document de consultation sur la <i>Loi sur les normes du travail</i> que le Ministère recommande un amendement afin de fournir jusqu'à 8 semaines de congé de compassion sans solde.
<b>Nunavut</b>	Les soins actifs à court terme à domicile sont subventionnés par le gouvernement pour ceux qui ont une maladie ou un état postopératoire exigeant des soins actifs et dont l'issue – ou la période de récupération prévue – est prévisible et clairement identifiée. Pas de liste d'attente pour les services, mais les conditions atmosphériques et la géographie peuvent retarder la livraison de l'équipement.	Aucun programme précis mais les services nécessaires peuvent être fournis en vertu de critères d'évaluation génériques pour les soins à domicile. Les services fournis, là où ils sont disponibles, sont subventionnés par les fonds publics.	Le financement public est fourni aux personnes chez qui on a diagnostiqué une maladie incurable et qui ont une courte espérance de vie. Le seul obstacle à la prestation des services est de nature budgétaire, c.-à-d. qu'aucune disposition n'a été prévue pour le temps supplémentaire. Les pénuries de fournisseurs de services peuvent aussi entraîner des interruptions dans la continuité des services.	En novembre 2003, la <i>Loi sur les normes du travail</i> a été amendée – jusqu'à 8 semaines de congé de compassion sans solde.

## Annexe 4 : Stratégies communes pour assurer l'avancement des réformes des soins à domicile

Éléments de base	Stratégies communes
<p><b>Continuité améliorée et meilleure coordination des soins</b></p>	<p><b>Meilleure utilisation des équipes et des organisations pluridisciplinaires dans les soins actifs à court terme à domicile</b></p> <p>Des programmes d'intervention détournent les patients des hôpitaux vers des établissements de soins communautaires appropriés. En Colombie-Britannique, l'équipe d'intervention rapide, créée par le Victoria Health Project, fournit une intervention en cas de crise aux citoyens dans leur domicile et offre des services de 8 h à 23 h, 365 jours par année. Les fournisseurs proviennent d'une variété de disciplines dont les soins infirmiers, la physiothérapie, le travail social, la médecine et la pharmacie.</p> <p>La <i>Comprehensive Home Option of Integrated Care for the Elderly</i> (soins intégrés complets à domicile pour aînés) a été élaboré à Edmonton en janvier 1996 par l'entremise d'un partenariat entre la <i>Good Samaritan Society</i> et le <i>Capital Health Group</i>. Le programme-cadre aide les aînés à continuer à vivre de façon autonome et dans leur propre domicile plus longtemps en gérant tous leurs besoins en matière de santé. Les bénéficiaires du programme se rendent à un des centres de jour CAPITAL CARE CHOICE de un à cinq jours par semaine, où un large éventail de services médicaux, psychologiques, sociaux et de soutien leur sont offerts par une équipe pluridisciplinaire. Les heures d'activité sont de 8 h à 16 h 15, avec des services d'urgence 24 heures sur 24, sept jours par semaine.</p> <p>Le cadre pour le traitement des plaies des Centres d'accès aux soins communautaires de Toronto, mis en oeuvre en juin 2004, englobe neuf centres d'accès aux soins communautaires et des fournisseurs de services contractuels. Le cadre appuie la prestation de services de qualité en matière de traitement des plaies, assurant ainsi une méthode uniforme pour l'évaluation, la prise de décisions, la planification et la prestation des services, ainsi que l'évaluation. Parmi les aspects uniques du cadre, mentionnons des lignes directrices pour les gestionnaires de cas, un accent sur la participation des patients et des fournisseurs de soins, ainsi qu'un système de surveillance du traitement des plaies.</p> <p>La <i>East York Telehomecare Project</i> (projet de télésoins à domicile de East York) est un partenariat entre le Centre d'accès aux soins communautaires de East York et l'Hôpital général de East York, financé, initialement, par le fonds fédéral CANARIE pour le développement avancé sur Internet et le Fonds ontarien pour l'innovation. Les télésoins à domicile permettent aux clients d'avoir accès à un fournisseur de soins de santé 24 heures par jour sans quitter leur domicile, par l'entremise d'une visite audiovisuelle bidirectionnelle en direct.</p> <p>Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick, fondé en 1981, fournit des services hospitaliers à la maison à un niveau semblable à des soins tertiaires à domicile, ainsi que des soins de santé continus à long terme et des services de réadaptation aux personnes qui ont besoin de soins chroniques, de soins palliatifs et aux personnes atteintes d'une invalidité.</p>

## Annexe 4 : Stratégies communes pour assurer l'avancement des réformes des soins à domicile

Éléments de base	Stratégies communes
<b>Continuité améliorée et meilleure coordination des soins</b>	<p data-bbox="381 388 1372 441"><b>Meilleure utilisation des équipes et des organisations pluridisciplinaires dans les soins de santé mentale, communautaires et actifs</b></p> <p data-bbox="381 472 1388 682">À Taber, en Alberta, le <i>Mental Health Community Care Pilot Project</i> (projet pilote de soins communautaires en santé mentale) a créé un modèle de prestation des services qui consiste en un partenariat tripartite entre le client/la famille, le Programme de santé mentale et le Programme de soins communautaires en vue d'effectuer l'évaluation, la planification, la prestation et l'évaluation des services à domicile. Malgré le faible nombre de participants au projet pilote, l'évaluation a indiqué que l'intégration des services à domicile et des services de santé mentale, avec une composante d'approche en santé mentale, constituait un moyen efficace de combler les besoins en soins à domicile des personnes atteintes d'une maladie mentale, surtout dans les régions rurales où les services et l'isolement sont des facteurs déterminants.</p> <p data-bbox="381 703 1388 871">Au Manitoba, le <i>Program for Assertive Community Treatment</i> (programme de traitements communautaires assertifs), introduit en 2000, consiste en une équipe de fournisseurs de soins de santé mentale qui utilise un éventail intégré de choix en matière de soins intensifs pour offrir des traitements et des services de réadaptation et de soutien à l'échelon communautaire. Parmi les principaux avantages de ce programme, on compte une meilleure stabilité mentale, des séjours plus longs en dehors de l'hôpital pour les patients, des coûts réduits pour les hôpitaux et une vie à domicile plus stable.</p> <p data-bbox="381 892 1437 1081">Le programme d'équipes d'approche et de soutien en cas de crise (<i>Crisis Outreach and Support Teams</i>) à Hamilton, en Ontario, et le programme en place à l'hôpital St. Michael's à Toronto sont des exemples de programmes d'approche en cas de crise. Il s'agit de programmes communautaires fondés sur un partenariat entre la police et les travailleurs/gestionnaires de cas de la santé mentale et conçus pour aider les policiers dans leurs interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales et réduire ainsi les séjours à l'hôpital et les périodes d'incarcération. Dans la composante des services d'approche mobiles, les travailleurs accompagnent la police et répondent aux appels, essaient de résoudre les situations de crise et élaborent un plan de soutien pour la gestion du suivi et le traitement.</p> <p data-bbox="381 1102 1437 1312">En Nouvelle-Écosse, les services de gestion des cas de <i>Capital Health</i> adhèrent rigoureusement à des pratiques exemplaires en réadaptation psychiatrique. Ce programme offre un éventail d'activités de gestion des cas fondées sur un traitement communautaire assertif et des modèles de gestion intensive des cas. Les équipes fournissent des services aux personnes de la communauté qui sont atteintes d'une maladie mentale grave ou persistante ayant eu des répercussions majeures sur divers aspects de leur vie. Les équipes d'approche communautaire desservent les adultes qui ont de la difficulté à vivre de façon autonome. L'équipe de gestion intensive des cas a recours à des principes axés sur la croissance et la récupération. Le <i>IWK Health Centre</i> et les équipes de traitement communautaire intensif des autorités sanitaires du Cap Breton sont d'excellents exemples de pratiques exemplaires en réadaptation psychiatrique pour les jeunes.</p> <p data-bbox="381 1333 1388 1438">Terre-Neuve et le Labrador ont pris part à un projet pilote dans la région de St. John's dans le cadre duquel on fournit la gestion des cas et le soutien à domicile à un nombre limité de personnes qui ont des besoins complexes en matière de santé mentale et qui ont eu des démêlés avec la justice. On a obtenu des résultats très positifs avec ces personnes. Le besoin d'hospitalisation et les conflits avec le système judiciaire ont été réduits.</p>



## Annexe 4 : Stratégies communes pour assurer l'avancement des réformes des soins à domicile

Éléments de base	Stratégies communes
<p><b>Continuité améliorée et meilleure coordination des soins</b></p>	<p><b>Meilleure utilisation des équipes et des organisations pluridisciplinaires dans les soins en fin de vie</b></p> <p>Plusieurs administrations sanitaires de la Colombie-Britannique ont établi des coordonnateurs des soins palliatifs et des équipes d'intervention en soins palliatifs. Les coordonnateurs des soins palliatifs coordonnent la prestation de services professionnels et non-professionnels pour appuyer les clients qui veulent mourir à la maison, y compris les services d'un médecin, des soins infirmiers et le soutien à domicile. Les équipes d'intervention en soins palliatifs offrent un soutien en cas de crise et des soins spécialisés pour aider les fournisseurs de soins de première ligne et les soignants membres de la famille à soutenir une personne qui veut mourir à la maison.</p> <p>Le programme régional de soins palliatifs d'Edmonton, lancé en 1995, est un modèle communautaire de services de soins palliatifs. Le programme vise à mettre l'accent sur les soins à domicile ou dans les hospices (les hospices sont situés dans des établissements de soins continus ou à long terme) pour ce qui est des soins en fin de vie, au lieu de mettre l'accent sur les soins actifs. Les composantes des soins – soins à domicile et médecins de famille, cliniques externes, hospices pour soins palliatifs, consultants régionaux, soins actifs (hôpitaux de recours) et une unité de soins palliatifs tertiaires – sont coordonnées centralement par le bureau régional. Les patients et leurs familles ont accès à des consultants en soins palliatifs, peu importe le contexte des soins.</p> <p>En Ontario, un modèle innovateur de coordination et de prestation de soins palliatifs à domicile baptisé <i>Hospice Palliative Care Network Project</i> a vu le jour en avril 1999. Le projet est une initiative conjointe du Centre de soins palliatifs de l'hôpital Mount Sinai et du Centre d'accès aux soins communautaires de Toronto, en collaboration avec plusieurs organisations communautaires et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les services comprennent la gestion de la douleur et des symptômes, la gestion des cas des services de consultation pour les fournisseurs de soins primaires, ainsi qu'un soutien pratique et émotionnel.</p> <p>Le projet d'intégration des soins palliatifs du sud-est de l'Ontario est un autre exemple d'un modèle de prestation de services intégrés en fin de vie. Ce projet jouit de l'appui de nombreux secteurs dont les fournisseurs de soins de santé communautaires et de soins palliatifs, les établissements de soins de longue durée, les hôpitaux (soins actifs, réadaptation et soins continus complexes), le centre régional de cancérologie, les médecins de famille et les associations qui s'occupent de diagnostics précis (services régionaux de VIH/SIDA).</p> <p>En 2001, la Mission à Ottawa a ouvert un foyer pour aider les sans-abri atteints d'une maladie incurable; c'est le tout premier établissement de soins palliatifs relié à un refuge pour sans-abri. Cette initiative résulte d'un nombre croissant de demandes de la part de clients qui voulaient mourir dans le refuge, qu'ils considéraient comme leur domicile. Le foyer a quatorze lits; il est ouvert aux hommes et aux femmes et peut accueillir environ 50 personnes par année. Les soins sont fournis 24 heures sur 24, sept jours par semaine.</p> <p>Le Québec offre des services spécialisés comme le traitement intraveineux, la chimiothérapie et les soins palliatifs à la maison, coordonnés par ses centres locaux de services communautaires. Entre 1998 et 2000, le Fonds d'adaptation des soins de santé a appuyé une initiative dans le domaine des soins palliatifs, <i>Vers l'établissement d'un continuum de soins et de services palliatifs à l'intention des adultes en phase terminale</i>. Un partenariat des cinq centres locaux de services communautaires a permis de fournir des soins infirmiers sur appel, des services médicaux et des médicaments, des soins à domicile, une ligne téléphonique, ainsi qu'un soutien psychologique, social et en cas de deuil. Certains de ces services sont offerts 24 heures sur 24. Les patients ont également accès à des hôpitaux de jour.</p> <p>Dans l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse, une évaluation du modèle de soins palliatifs à domicile en milieu rural a révélé que les clients et les fournisseurs de soins étaient généralement satisfaits des soins fournis, et surtout de la coordination améliorée. Les facteurs qui ont contribué au succès du modèle sont, entre autres, la collaboration entre les disciplines et les agences; des normes communes en matière de soins; un point d'accès unique pour les services; une équipe clinique ayant une expertise en soins palliatifs; et une assurance-médicaments pour les personnes dans le besoin (site de la Nouvelle-Écosse seulement).</p> <p>En plus du modèle de soins palliatifs à domicile en milieu rural, l'Î.-P.-É. a mis en oeuvre le projet pilote <i>West Prince Telehospice</i> pour fournir du soutien aux personnes mourantes à la maison 24 heures sur 24. Grâce à une ligne téléphonique et à un équipement audiovisuel pleinement interactif, des infirmières et autres professionnels de la santé peuvent suivre et évaluer la santé et les signes vitaux des patients et fournir une éducation à ceux qui vivent à domicile. Soins palliatifs intégrés est aussi une initiative réalisée dans le cadre de la stratégie de restructuration des soins de santé primaires de l'Î.-P.-É. et a permis d'établir des programmes de soins palliatifs dans chacune des cinq régions sanitaires.</p>

## Annexe 4 : Stratégies communes pour assurer l'avancement des réformes des soins à domicile

Éléments de base	Stratégies communes
<b>Détection et prise de mesures précoces</b>	<p><b>Soins actifs et communautaires, santé mentale</b></p> <p>En Colombie-Britannique, le programme d'intervention précoce en psychose de la région sanitaire du Fraser (<i>Fraser Health Region's Early Psychosis Intervention</i>) est une initiative conjointe entre <i>Fraser Health</i>, le ministère du Développement de l'enfance et de la famille et de la santé mentale des enfants et des jeunes, et a commencé à fonctionner en mai 2000 dans la région de service sud de la région sanitaire du Fraser. Le programme d'intervention précoce en psychose a pour but de reconnaître les signes et les symptômes d'une psychose assez tôt pour qu'on puisse entamer un traitement efficace le plus tôt possible. Le traitement des psychoses comprend l'éducation, la médication, une surveillance étroite des symptômes, la gestion du stress et la création d'un environnement solide et favorable.</p> <p>L'Ontario a établi un programme d'intervention précoce en psychose (aussi connu sous le nom de Premier épisode de psychose) afin de veiller à ce que les gens reçoivent un traitement et un soutien approprié dès que possible après un épisode de psychose. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale à Toronto a mis sur pied un programme d'intervention précoce en psychose en 1992.</p>
<b>De meilleures données sur les besoins et les résultats</b>	<p><b>Planification et/ou mise en oeuvre d'initiatives de partage de dossiers de santé électroniques.</b></p> <p><b>Soins actifs et communautaires, santé mentale</b></p> <p>En Nouvelle-Écosse, un réseau télésanté relie tous les programmes de santé mentale dans les neuf administrations sanitaires et le <i>IWK Health Centre</i>. Ce service permet la consultation et l'éducation, tout en facilitant la planification des congés à l'échelle de la province.</p> <p><b>Soins en fin de vie</b></p> <p>En Ontario, un registre commun pour les patients, le <i>Record of Care</i>, a été mis au point en collaboration avec 33 agences de soins infirmiers, hospices et agences d'auxiliaires familiales; ce registre s'est avéré un élément-clé de la collaboration, de la communication et de l'élaboration d'objectifs intégrés et de la planification des soins. Le registre a également été traduit en français, grâce à l'appui du Conseil régional de santé de Toronto. Les fournisseurs de soins, y compris les médecins, les infirmières, les coordonnateurs des soins, les conseillers et les coordonnateurs des hospices, utilisent des ordinateurs portatifs dans la communauté. Cela a permis de bâtir une base de données accessible à distance au moyen d'une interface.</p>

## Annexe 5 : Programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux (2001)

### Colombie-Britannique

Programme/Régime	Bénéficiaires	Primes	Franchise	Quote-part	Quote-part annuelle maximale
<i>Fair PharmaCare</i>	Tous les aînés admissibles non couverts par d'autres régimes.	Aucune	Fondée sur le revenu familial net : 0 \$ < 33 K \$ 1 % 33 K \$ à 50 K \$ 2 % > 50 K \$	PharmaCare paie 75 %	1,25 % < 33 K \$ 2 % 33 K \$ à 50 K \$ 3 % > 50 K \$
	Tous les citoyens non-aînés de la Colombie-Britannique.	Aucune	Fondée sur le revenu familial net : 0 \$ < 15 K \$ 2 % 15 K \$ à 30 K \$ 3 % > 30 K \$	PharmaCare paie 70 %	2 % < 15 K \$ 3 % 15 K à 30 K \$ 4 % > 30 K \$
PharmaCare – Régime B	Résidents des établissements de soins de longue durée.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
PharmaCare – Régime C	Prestataires de l'aide sociale.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
PharmaCare – Régime D	Patients atteints de fibrose kystique.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
PharmaCare – Régime F	Programme de soins à domicile pour enfants gravement handicapés.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
PharmaCare – Régime G	Clients des centres de santé mentale.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
<i>Cancer Agency</i>	Patients de la BC Cancer Agency.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
Programme de médicaments pour soins palliatifs	Clients du Programme de médicaments pour soins palliatifs.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
Maladie rénale en phase terminale	Patients qui fréquentent les cliniques de la BC Renal Society.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
Centre d'excellence pour le VIH/SIDA	Patients qui fréquentent la clinique VIH/SIDA de l'hôpital St Paul.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
<i>Transplant Society</i>	Patients sur le point ou venant de subir une greffe d'un organe plein.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O

## Annexe 5 : Programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux (2001)

### Alberta

Programme/Régime	Bénéficiaires	Primes	Franchise	Quote-part	Quote-part annuelle maximale
Aînés	Aînés et personnes à charge admissibles.	Aucune	Aucune	30 % du coût de l'ordonnance, jusqu'à concurrence de 25 \$ par ordonnance, plus les coûts supplémentaires si on choisit un produit plus cher.	S/O
Personnes veuves	Résidents âgés de 55 à 64 ans qui sont admissibles au Régime de pensions pour personnes veuves de l'Alberta et leurs personnes à charge admissibles.	Aucune	Aucune	30 % du coût de l'ordonnance, jusqu'à concurrence de 25 \$ par ordonnance, plus les coûts supplémentaires si on choisit un produit plus cher.	S/O
Soins palliatifs	Patients de soins palliatifs traités à domicile.	Aucune	Aucune	30 % du coût de l'ordonnance, jusqu'à concurrence de 25 \$ par ordonnance, plus les coûts supplémentaires si on choisit un produit plus cher.	Le montant maximal que doivent déboursier les patients des soins palliatifs est de 1 000 \$.
Groupe 1	Un plan universel est offert à tous les résidents âgés de moins de 65 ans.	Le tarif trimestriel est de 61,50 \$ pour les personnes célibataires et de 123 \$ pour les familles. Des tarifs subventionnés sont disponibles à raison de 43,05 \$ pour les personnes célibataires et de 86,10 \$ pour les familles.	Aucune	30 % du coût de l'ordonnance, jusqu'à concurrence de 25 \$ par ordonnance, plus les coûts supplémentaires si on choisit un produit plus cher.	S/O
<i>Assured Income for the Severely Handicapped (AISH)</i> – un programme de soutien au revenu pour les adultes atteints d'une invalidité permanente qui entrave sérieusement leur capacité de gagner leur vie.	Prestataires du programme AISH et personnes à charge admissibles.	Aucune	Aucune	2 \$ par ordonnance pour les 3 premières ordonnances chaque mois.	S/O
Prestation pour enfants de l'Alberta.	Enfants de familles à faible revenu.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O

## Annexe 5 : Programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux (2001)

### Saskatchewan

Programme/Régime	Bénéficiaires	Primes	Franchise	Quote-part	Quote-part annuelle maximale
Régime d'assurance-médicaments de la Saskatchewan	Tous les résidents couverts par le régime d'assurance-maladie de la Saskatchewan.	Aucune	En fonction du revenu (seuil annuel fondé sur 3,4 % du revenu familial ajusté).	En fonction du revenu (fondé sur les coûts des médicaments admissibles au régime, afin de répartir les coûts également sur toute l'année).	S/O
	Les aînés recevant le Supplément de revenu de la Saskatchewan ou le Supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral et qui résident dans un établissement de soins spéciaux reçoivent automatiquement cette franchise et cette quote-part, mais ils peuvent également demander une franchise fondée sur le revenu.	Aucune	Franchise familiale de 100 \$ par semestre.	Le consommateur paie une quote-part de 35 % après paiement de la franchise.	S/O
	Les aînés recevant le Supplément de revenu de la Saskatchewan et qui résident dans un établissement de soins spéciaux sont souvent admis au Régime 3 et reçoivent leurs médicaments gratuitement. Les aînés recevant le Supplément de revenu de la Saskatchewan et qui résident dans la communauté reçoivent automatiquement cette franchise et cette quote-part, mais ils peuvent également demander une franchise fondée sur le revenu.	Aucune	Aucune  Franchise familiale de 200 \$ par semestre. Ils peuvent également demander une franchise fondée sur le revenu.	Aucune  Le consommateur paie une quote-part de 35 % après paiement de la franchise.	S/O  S/O
	Les aînés recevant le Supplément de revenu garanti et le Supplément de revenu de la Saskatchewan et qui résident dans la communauté reçoivent automatiquement cette franchise et cette quote-part, mais ils peuvent également demander une franchise fondée sur le revenu.	Aucune	Franchise familiale de 100 \$ par semestre. Ils peuvent également demander une franchise fondée sur le revenu.	Le consommateur paie une quote-part de 35 % après paiement de la franchise.	S/O

## Annexe 5 : Programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux (2001)

### Saskatchewan (suite)

Programme/Régime	Bénéficiaires	Primes	Franchise	Quote-part	Quote-part annuelle maximale
Régime d'assurance-médicaments de la Saskatchewan (suite)	Programme d'aide en cas d'urgence.	Résidents qui doivent immédiatement recevoir des médicaments couverts par le régime mais qui sont incapables de couvrir leur portion du coût. Il s'agit d'une prestation unique et on encourage les intéressés à présenter une demande en vue d'obtenir une couverture en fonction du revenu afin de recevoir une aide à l'avenir.	Aucune	Aucune	Le niveau d'aide accordée dépend de la capacité du consommateur de payer.
Prestation de santé familiale	L'admissibilité est établie par le ministère des Services sociaux, d'après le nombre d'enfants dans la famille et le revenu annuel de cette dernière. Ils reçoivent automatiquement cette franchise et cette quote-part mais ils peuvent également demander une franchise fondée sur le revenu.	Aucune	Franchise familiale de 100 \$ par semestre.	Aucun frais pour les ordonnances pour enfants couvertes par le régime; le consommateur paie une quote-part de 35 % après paiement de la franchise pour les ordonnances pour adultes couvertes par le régime.	S/O
Assurance-maladie supplémentaire	Personnes désignées par le ministère des Services sociaux de la Saskatchewan pour recevoir une assurance spéciale, y compris les bénéficiaires de l'aide sociale, les enfants en tutelle, les détenus, etc.	Aucune	Aucune	Jusqu'à 2 \$ par ordonnance. Certains médicaments sont couverts gratuitement; les particuliers âgés de moins de 18 ans et certaines autres catégories de personnes reçoivent gratuitement les médicaments visés par le régime.	S/O

## Annexe 5 : Programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux (2001)

### Saskatchewan (suite)

Programme/Régime	Bénéficiaires	Primes	Franchise	Quote-part	Quote-part annuelle maximale
Programme d'aide aux handicapés physiques de la Saskatchewan (SAIL)	Les personnes inscrites aux programmes SAIL suivants reçoivent gratuitement les médicaments figurant dans le Formulaire et les médicaments approuvés ne figurant pas dans le Formulaire Programme de paraplégie; Programme de fibrose kystique; et Programme de maladies du rein en phase terminale.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
Programme d'assurance-médicaments pour soins palliatifs	Résidents atteints d'une maladie en phase terminale.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O

## Annexe 5 : Programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux (2001)

### Manitoba

Programme/Régime	Bénéficiaires	Primes	Franchise	Quote-part	Quote-part annuelle maximale
Pharmacare	Tous les résidents de la province admissibles à recevoir des prestations en vertu du Programme d'assurance-médicaments provincial du ministère de la Santé du Manitoba, à l'exception des résidents couverts par d'autres lois.	Aucune	Fondé sur un revenu familial ajusté total; 2,32 % de <= 15 000 \$; 3,48 % de > 15 000 \$ <= 40 000 \$; 4 % de > 40 000 \$ <= 75 000 \$; 5 % de > 75 000 \$; crédit de 3 000 \$ pour le conjoint et les personnes à charge âgées de moins de 18 ans; une franchise minimum de 100 \$ est applicable.	Aucune	S/O
Services d'aide à la famille	Manitobains bénéficiant d'une assurance-médicaments en vertu du Programme de services de santé et d'assurance-médicaments pour prestataires de l'aide sociale.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
Établissement de soins personnels	Résidents des établissements de soins personnels du Manitoba.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
Soins palliatifs	Résidents atteints d'une maladie en phase terminale et qui préfèrent rester à la maison.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O



## Annexe 5 : Programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux (2001)

### Ontario

Programme/Régime	Bénéficiaires	Primes	Franchise	Quote-part	Quote-part annuelle maximale
Programme de médicaments de l'Ontario	Aînés (âgés de 65 ans et plus).	Aucune	100 \$ pour les aînés célibataires ayant un revenu net de 16 018 \$ ou plus et pour les couples ayant un revenu net de 24 175 \$ ou plus, autrement 0 \$.	Après la franchise, jusqu'à 6,11 \$ par ordonnance, jusqu'à 2 \$ par ordonnance pour les personnes qui ne paient pas de franchise.	S/O
	Résidents des établissements de soins de longue durée.	Aucune	Aucune	Jusqu'à 2 \$ par ordonnance.	S/O
	Résidents d'établissements de soins spéciaux.	Aucune	Aucune	Jusqu'à 2 \$ par ordonnance.	S/O
	Résidents recevant des services professionnels en vertu du Programme de soins à domicile.	Aucune	Aucune	Jusqu'à 2 \$ par ordonnance.	S/O
	Résidents recevant de l'aide sociale.	Aucune	Aucune	Jusqu'à 2 \$ par ordonnance.	S/O
Programme de médicaments Trillium	Résidents dont les médicaments coûtent trop cher compte tenu de leur revenu.	Aucune	En fonction du revenu.	Après la franchise, jusqu'à 2 \$ par ordonnance.	S/O
Programme de médicaments spéciaux	Résidents qui détiennent une carte d'assurance-santé valide de l'Ontario. L'assurance couvre des produits précis et un nombre limité de maladies.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O

## Annexe 5 : Programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux (2001)

### Québec

Programme/Régime	Bénéficiaires	Primes	Franchise	Quote-part	Quote-part annuelle maximale
Régime général d'assurance-médicaments du Québec (RGAM)	Prestataires de l'aide à l'emploi (aide sociale) et autres détenteurs d'un carnet de réclamation.	Aucune	8,33 \$ par mois	25 % des coûts des médicaments sur ordonnance.	16,66 \$ par mois. Aucune franchise et aucune quote-part pour les prestataires de l'aide à l'emploi ayant des contraintes graves en matière d'emploi.
	Aînés (65 ans et plus) recevant au moins 94 % du SRG maximal.	Aucune	8,33 \$ par mois	25 % des coûts des médicaments sur ordonnance.	16,66 \$ par mois.
	Aînés (65 ans et plus) recevant moins de 94 % du SRG maximal (SRG partiel).	0 \$ à 460 \$ par adulte par année, selon le revenu.	9,60 \$ par mois	28 % des coûts des médicaments sur ordonnance.	46,17 \$ par mois.
	Aînés (65 ans et plus) sans SRG.	0 \$ à 460 \$ par adulte par année, selon le revenu.	9,60 \$ par mois	28 % des coûts des médicaments sur ordonnance.	69,92 \$ par mois.
	Clientèle générale (résidents de moins de 65 ans qui n'ont pas accès à un régime de groupe).	0 \$ à 460 \$ par adulte par année, selon le revenu.	9,60 \$ par mois	28 % des coûts des médicaments sur ordonnance.	69,92 \$ par mois.

## Annexe 5 : Programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux (2001)

### Nouveau-Brunswick

Programme/Régime	Bénéficiaires	Primes	Franchise	Quote-part	Quote-part annuelle maximale
Plan de médicaments sur ordonnance – Programme A	Aînés avec SRG.	Aucune	Aucune	15 \$ par ordonnance.	250 \$
	Aînés sans SRG admissibles aux prestations en fonction de leur revenu annuel, calculé comme suit : aîné célibataire avec un revenu annuel de 17 198 \$ ou moins; couple aîné dont l'un des conjoints est âgé de plus de 65 ans avec un revenu annuel combiné de 26 955 \$ ou moins; un aîné avec un conjoint de moins de 65 ans, avec un revenu annuel combiné de 32 390 \$ ou moins.	Aucune	Aucune	20 % du coût de chaque ordonnance jusqu'à concurrence de 20 \$.	S/O
Plan de médicaments sur ordonnance – Programme B	Patients souffrant de fibrose kystique ou de sclérose infantile ou juvénile du pancréas.	Frais d'inscription de 50 \$ par an.	Aucune	4 \$ pour chaque ordonnance.	500 \$ par famille.
Plan de médicaments sur ordonnance – Programme E	Bénéficiaires résidant dans un établissement résidentiel agréé qui sont détenteurs d'une carte d'assistance médicale délivrée par le ministère des Services familiaux et communautaires.	Aucune	Aucune	4 \$ par ordonnance pour les adultes (18 ans et plus) et 2 \$ pour les enfants (moins de 18 ans).	250 \$
Plan de médicaments sur ordonnance – Programme F	Personnes détentrices d'une carte d'assistance médicale pour médicaments d'ordonnances délivrée par le ministère des Services familiaux et communautaires.	Aucune	Aucune	Aucune	250 \$ par unité familiale, par année financière.
Plan de médicaments sur ordonnance – Programme G	Enfants à besoins spéciaux et les enfants pris en charge par le ministère des Services familiaux et communautaires.	Aucune	Aucune		S/O

## Annexe 5 : Programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux (2001)

### Nouveau-Brunswick (suite)

Programme/Régime	Bénéficiaires	Primes	Franchise	Quote-part	Quote-part annuelle maximale
Plan de médicaments sur ordonnance – Option H	Résidents qui doivent payer pour des médicaments prescrits spécialement pour la sclérose en plaques.	Frais d'inscription annuels de 50 \$.	Aucune	En fonction du revenu – de 0 à 100 %.	S/O
Plan de médicaments sur ordonnance – Programme R	Réceptaires d'une greffe d'organe inscrits et admissibles au Plan de médicaments sur ordonnance du N.-B.	Frais d'inscription annuels de 50 \$.	Aucune	20 % du coût de chaque ordonnance jusqu'à concurrence de 20 \$.	500 \$ par famille.
Plan de médicaments sur ordonnance – Programme T	Personnes qui ont une déficience de l'hormone de croissance ou hypopituitarisme, qui sont inscrites au Plan et qui sont jugées admissibles.	Frais d'inscription annuels de 50 \$.	Aucune	20 % du coût de chaque ordonnance jusqu'à concurrence de 20 \$.	500 \$ par famille.
Plan de médicaments sur ordonnance – Programme U	Personnes séropositives qui sont inscrites au Plan de médicaments sur ordonnance du N.-B.	Frais d'inscription annuels de 50 \$.	Aucune	20 % du coût de chaque ordonnance jusqu'à concurrence de 20 \$.	500 \$ par famille.
Plan de médicaments sur ordonnance – Programme V	Personnes résidant dans un foyer de soins agréé.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O

## Annexe 5 : Programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux (2001)

### Nouvelle-Écosse

Programme/Régime	Bénéficiaires	Primes	Franchise	Quote-part	Quote-part annuelle maximale
Programme d'assurance-médicaments pour âinés	Âinés (65 ans et plus) recevant le SRG et couverts par l'assurance pour les services médicaux et non couverts par le régime d'assurance-médicaments des anciens combattants, des Premières nations et des Inuits, ou par un régime d'assurance-médicaments privé.	Aucune	Aucune	33 % du coût de l'ordonnance (minimum de 3 \$ et maximum de 30 \$).	350 \$
	Âinés (65 ans et plus) ne recevant pas le SRG et couverts par l'assurance pour les services médicaux et non couverts par le régime d'assurance-médicaments des anciens combattants, des Premières nations et des Inuits, ou par un régime d'assurance-médicaments privé.	Jusqu'à 390 \$ par an.	Aucune	33 % du coût de l'ordonnance (minimum de 3 \$ et maximum de 30 \$).	350 \$
Ministère des Programmes de services communautaires	Les clients admissibles et leurs personnes à charge qui bénéficient d'un soutien du revenu, tout client et/ou personne à charge ayant accès à un autre régime d'assurance-médicaments, qu'il soit public ou privé, sera tenu d'utiliser ce plan et ne sera pas admissible au programme Pharmacare.	Aucune	Aucune	Tous les prestataires d'un soutien du revenu et leurs personnes à charge sont tenus de payer un montant fixe de 5 \$ par ordonnance, à moins que le prestataire ou la personne à charge ne soient exempts de payer la quote-part.	S/O
Assistance médicaments pour les patients souffrant de cancer	Résidents ayant un revenu familial brut non supérieur à 15 720 \$ par an et qui ne sont admissibles à aucun autre programme d'assurance-médicaments.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
Assistance médicaments pour les personnes souffrant de sclérose en plaques	Résidents qui répondent aux critères établis pour la sclérose en plaques et qui ne sont couverts par aucun autre programme d'assurance-médicaments.	Aucune	Aucune	9,35 \$ par ordonnance.	S/O

## Annexe 5 : Programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux (2001)

### Île-du-Prince-Édouard

Programme/Régime	Bénéficiaires	Primes	Franchise	Quote-part	Quote-part annuelle maximale
Programme d'assistance médicaments pour aînés	Aînés (65 ans et plus) admissibles à l'assurance-maladie de l'Î.-P.-É.	Aucune	Aucune	Les premiers 10 \$ du coût de l'ordonnance, plus les honoraires professionnels du pharmacien pour chaque ordonnance.	S/O
Programme d'aide financière	Personnes dont l'admissibilité est déterminée par la Loi sur l'aide sociale et les règlements connexes.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
Allocation familiale pour soins de santé	Familles admissibles à l'assurance-maladie de l'Î.-P.-É. qui ont un ou plusieurs enfants de moins de 18 ans, un revenu familial annuel net de 20 000 \$ ou moins, et qui sont approuvées par le programme.	Aucune	Aucune	Les honoraires professionnels du pharmacien pour chaque ordonnance.	S/O
Programme d'enfants pris en charge	Personnes de moins de 18 ans qui sont pris en charge par le directeur des services de bien-être à l'enfance temporairement ou de façon permanente.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
Programme de contrôle du diabète	Personnes souffrant de diabète admissibles à l'assurance-maladie de l'Î.-P.-É. qui sont inscrites au programme.	Aucune	Aucune	Insuline : 8 \$ par fiole de 10 ml ou par boîte de cartouches d'insuline de 1,5 ml; 16 \$ par boîte de cartouches d'insuline de 3 ml.	S/O
Programme de médicaments pour la sclérose en plaques	Personnes admissibles à l'assurance-maladie de l'Î.-P.-É., approuvées par le programme et chez qui on a diagnostiqué une sclérose en plaques récurrente-rémittente ou une sclérose en plaques progressive secondaire.	Aucune	Aucune	Quote-part fondée sur le revenu, plus les honoraires professionnels du pharmacien pour chaque ordonnance.	S/O

## Annexe 5 : Programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux (2001)

### Île-du-Prince-Édouard (suite)

Programme/Régime	Bénéficiaires	Primes	Franchise	Quote-part	Quote-part annuelle maximale
Programmes des foyers de soins et des pharmacies institutionnelles	Résidents des foyers pour personnes âgées administrés par le gouvernement et des foyers de soins privés admissibles à être couverts en vertu de la Social Assistance Act et des règlements afférents.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
Programmes afférents à une maladie précise (p. ex., SIDA/VIH, fibrose kystique, hormone de croissance, hépatite et programmes de médicaments pour greffés offerts par l'entremise de la Pharmacie provinciale)	Personnes chez qui on a diagnostiqué une maladie précise.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O

## Annexe 5 : Programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux (2001)

### Terre-Neuve et Labrador

Programme/Régime	Bénéficiaires	Primes	Franchise	Quote-part	Quote-part annuelle maximale
Programme d'assurance-médicaments pour aînés	Aînés (65 ans et plus) qui reçoivent le Supplément de revenu garanti et qui sont inscrits à la pension de la Sécurité de la vieillesse.	Aucune	Aucune	Majoration de prix et honoraires professionnels pour les prestations désignées.	S/O
Programme de soutien du revenu	Résidents de la province qui se qualifient pour une assurance intégrale, telle qu'offerte par le ministère des Ressources humaines, du travail et de l'emploi.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
	Résidents qui, à cause des coûts élevés de leurs médicaments, ne peuvent se qualifier que pour les cartes de paiements des médicaments.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
Programme pour personnes à besoins spéciaux	Patients résidents atteints de fibrose kystique ou d'une déficience de l'hormone de croissance.	Aucune	Aucune	Aucune, pour les prestations désignées.	S/O



## Annexe 5 : Programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux (2001)

### Territoire du Yukon

Programme/Régime	Bénéficiaires	Primes	Franchise	Quote-part	Quote-part annuelle maximale
Assurance-médicaments	Aînés (65 ans et plus) et leurs conjoints âgés de 60 ans et plus, inscrits au Régime d'assurance-santé du Yukon et qui ne sont pas couverts par l'entremise de la Direction de la santé des Premières nations et des Inuits.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
Programme de maladies chroniques	Résidents atteints d'une maladie chronique ou d'une invalidité fonctionnelle grave telles que décrites dans les règlements sur les prestations pour maladies chroniques et l'invalidité, et qui ne sont pas admissibles aux Services de santé non assurés ou à d'autres programmes du gouvernement fédéral. Les résidents doivent utiliser les régimes d'assurance privés d'abord.	Aucune	Maximum de 250 \$ par personne et 500 \$ par famille.	Aucune	S/O
Programme de médicaments et de soins oculaires pour enfants	Enfants âgés de moins de 19 ans provenant de familles à faible revenu.	Aucune	Maximum de 250 \$ par enfant et de 500 \$ par famille.	Aucune	S/O

## Annexe 5 : Programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux (2001)

### Territoires du Nord-Ouest

Programme/Régime	Bénéficiaires	Primes	Franchise	Quote-part	Quote-part annuelle maximale
Régime élargi de prestations sanitaires pour des maladies déterminées	Résidents non-autochtones ou métis souffrant d'une maladie déterminée.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
Programme de prestation aux aînés	Résidents métis ou non-autochtones âgés de 60 ans et plus.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
Prestations sanitaires pour Métis	Métis admissibles âgés de 59 ans et moins.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
Prestations sanitaires pour personnes démunies	Personnes ou familles démunies résidant dans les Territoires du Nord-Ouest, qui répondent aux critères d'admissibilité, selon la politique relative aux prestations sanitaires pour personnes démunies.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O

## Annexe 5 : Programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux (2001)

### Nunavut

Programme/Régime	Bénéficiaires	Primes	Franchise	Quote-part	Quote-part annuelle maximale
Régime élargi de prestations sanitaires	Tous les résidents métis et non-autochtones – y compris les aînés – qui souffrent d'une maladie chronique précise ou qui ont atteint l'âge de 60 ans.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O
Prestations sanitaires pour personnes démunies	Tous les résidents qui n'ont pas accès à d'autres programmes.	Aucune	Aucune	Aucune	S/O

## Annexe 6 : Exemples sélectionnés d'initiatives sur Internet liées aux temps d'attente au Canada (Octobre 2004)

Province/Territoire	Domaines	Description des activités
<b>Colombie-Britannique</b>	Temps d'attente pour des chirurgies et des traitements de radiothérapie pour les patients atteints de cancer pour des hôpitaux sélectionnés de la Colombie-Britannique.  <a href="http://www.healthservices.gov.bc.ca/waitlist/">www.healthservices.gov.bc.ca/waitlist/</a>	Renseignements sur Internet visant à aider les patients et les médecins à déterminer où obtenir des services chirurgicaux. Fournit des renseignements par type de chirurgie, par hôpital et par médecin.
<b>Alberta</b>	Temps d'attente pour des chirurgies et des tests de diagnostic pour des établissements sélectionnés de l'Alberta.  <a href="http://www.health.gov.ab.ca/waitlist/WaitListPublicHome.jsp">www.health.gov.ab.ca/waitlist/ WaitListPublicHome.jsp</a>	Renseignements sur Internet visant à aider les patients et les médecins à déterminer où obtenir des services de diagnostic. Fournit des renseignements par établissement et par médecin.
<b>Saskatchewan</b>	Temps d'attente pour des chirurgies en Saskatchewan (actuellement, 7 des 10 régions qui offrent des services chirurgicaux fournissent des renseignements à la base de données). Cela représente 95 % de toutes les chirurgies effectuées dans la province.  <a href="http://www.sasksurgery.ca">www.sasksurgery.ca</a>	Renseignements sur Internet visant à aider les patients et les médecins à déterminer où obtenir des services chirurgicaux. Fournit des renseignements par région et par centre chirurgical.
<b>Manitoba</b>	Temps d'attente pour des tests d'imagerie diagnostique, des chirurgies cardiaques et des traitements de radiothérapie pour les patients atteints de cancer au Manitoba.  <a href="http://www.gov.mb.ca/health/waitlist/index.html">www.gov.mb.ca/health/waitlist/index.html</a>	Renseignements sur Internet visant à aider les patients et les médecins à déterminer où obtenir des services. Fournit des renseignements par établissement.
<b>Ontario</b>	Temps d'attente pour des services aux patients atteints de cancer par centre anticancéreux régional pour l'Ontario.  <a href="http://www.cancercare.on.ca">www.cancercare.on.ca</a>	Renseignements sur Internet visant à aider les patients et les médecins à déterminer où obtenir des services. Fournit des renseignements par centre anticancéreux régional pour des types précis de cancer.
<b>Ontario</b>	Temps d'attente pour des traitements cardiaques sélectionnés, par hôpital, pour l'Ontario.  <a href="http://www.ccn.on.ca">www.ccn.on.ca</a>	Renseignements sur Internet visant à aider les patients et les médecins à déterminer où obtenir des services. Fournit des renseignements sur des traitements cardiologiques précis, par centre de cardiologie.
<b>Québec</b>	Temps d'attente pour des chirurgies et autres procédures médicales pour le Québec. <a href="http://www.msss.gouv.qc.ca/en/sujets/organization/waiting_lists/html">www.msss.gouv.qc.ca/en/sujets/organization/</a>  <a href="http://www.msss.gouv.qc.ca/en/sujets/organization/waiting_lists/html">waiting_lists/html</a>	Renseignements sur Internet pour neuf procédures, afin d'aider les patients et les médecins à déterminer où obtenir des services. Fournit des renseignements par procédure, par région et par hôpital.

## Annexe 7 : Résumé des initiatives en matière de ressources humaines, par province/territoire

Province/Territoire	Plan de ressources humaines	Études interdisciplinaires	Initiatives de recrutement et de fidélisation
<b>Gouvernement fédéral</b>	Un plan est en cours d'élaboration. Une initiative pancanadienne sur les ressources humaines de la santé élaborera des modèles et un cadre de planification.	Des projets de financement, par l'entremise d'un appel de propositions – pour examiner les avantages et faciliter le partage d'information.	Initiative sur les milieux de travail sains pour les travailleurs des soins de santé (Projets de financement ciblés).
<b>Colombie-Britannique</b>	Le plan est achevé – fait partie des objectifs en matière de santé et d'un plan décennal distinct sur les ressources humaines dans le domaine de la santé.	Le <i>Interprofessional Rural Placement Program of BC</i> a été établi en 2003 pour favoriser le recrutement rural de professionnels de la santé et pour cultiver une formation interprofessionnelle en vue de fournir des soins coopératifs axés sur les patients. Création du <i>College of Health Disciplines</i> à l'Université de la C.-B. pour favoriser la formation et la pratique interdisciplinaires dans le secteur de la santé. Le comité directeur pour le projet ci-dessus était dirigé par le <i>College of Health Disciplines</i> .	Oui (médecins, infirmières et professionnels paramédicaux).
<b>Alberta</b>	Le plan est achevé – plan sur la population active élaboré avec <i>Alberta Learning</i> et les administrations sanitaires régionales. Modèle de projection élaboré par le ministère de la Santé de l'Alberta et la <i>Alberta Medical Association</i> .	La formation interdisciplinaire n'est pas une priorité actuelle.	Oui (médecins et infirmières).
<b>Saskatchewan</b>	Le <i>Action Plan for Saskatchewan Health Care</i> , élaboré en 2001, contenait des mesures pour recruter, former et fidéliser des fournisseurs de soins de santé. Le document annuel sur l'imputabilité avec les administrations sanitaires régionales décrit les indicateurs de ressources humaines et les exigences en matière de rapport pour les administrations.	On commence à chercher des moyens pour faciliter les études interprofessionnelles.	Oui (médecins, infirmières, disciplines paramédicales).

## Annexe 7 : Résumé des initiatives en matière de ressources humaines, par province/territoire

Province/Territoire	Plan de ressources humaines	Études interdisciplinaires	Initiatives de recrutement et de fidélisation
<b>Manitoba</b>	Un plan est achevé pour les infirmières et les médecins, et un autre est en cours d'élaboration pour les autres groupes de fournisseurs.	Des initiatives d'études interdisciplinaires sont dans les premiers stades d'élaboration. Une initiative de formation en pratique coopérative est en cours d'élaboration. L'Université du Manitoba est en train d'établir un Conseil des sciences de la santé pour examiner la formation interprofessionnelle.	Oui (disciplines multiples).
<b>Ontario</b>	Achèvement de plans précis pour les médecins et les infirmières. Une stratégie plus large en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé est en cours d'élaboration.	<p>L'Ontario a financé un projet conjoint avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, l'Université McMaster et l'Université de Toronto pour concevoir un modèle coopératif de prestation de services et des programmes de cours interdisciplinaires pour les médecins de famille, les infirmières praticiennes et les pharmaciens.</p> <p>La nouvelle École de médecine du Nord-Ontario intègre l'apprentissage interdisciplinaire pour un éventail de professions de la santé.</p> <p>On est en train d'examiner plusieurs propositions qui appuient les soins de santé primaires et les équipes de santé familiale interdisciplinaires.</p> <p>Plusieurs projets de démonstration sont en cours par l'entremise des initiatives du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de l'Ontario.</p>	Oui (médecins, infirmières praticiennes, infirmières et autres professions).
<b>Québec</b>	On est en train d'élaborer un plan qui sera lié à une restructuration du système de santé actuellement en cours.	La formation interdisciplinaire n'est pas une priorité actuelle.	Oui (principalement des infirmières, quelques médecins).

## Annexe 7 : Résumé des initiatives en matière de ressources humaines, par province/territoire

Province/Territoire	Plan de ressources humaines	Études interdisciplinaires	Initiatives de recrutement et de fidélisation
<b>Nouvelle-Écosse</b>	La Phase 1 de la stratégie des ressources humaines de la santé est complétée pour 30 occupations. La Phase 2 est entamée avec l' <i>Atlantic Advisory Council</i> sur les ressources humaines de la santé.	Des programmes à l'Université de Dalhousie offrent des occasions entre les facultés de dentisterie, des professions de la santé, de médecine et de pharmacie.	Oui (médecins et infirmières, techniciens de laboratoires médicaux).
<b>Nouveau-Brunswick</b>	La province a mis au point des modèles de prévision de la demande pour toutes les professions des soins de santé – y compris les médecins – et elle participe à l'élaboration d'un modèle de prévision pour les études et la formation dans les provinces Atlantiques.	La province travaille avec ses partenaires de l'Atlantique pour fournir une formation interdisciplinaire aux professionnels de la santé. Ce programme, <i>Building a Better Tomorrow</i> (Bâtir un meilleur lendemain), est financé par l'entremise de l'enveloppe de projets du Fonds de transfert des soins de santé primaires.	Oui (médecins et infirmières). On est en train d'élaborer des plans pour d'autres professions.
<b>Terre-Neuve et Labrador</b>	On est en train de mettre au point un cadre détaillé sur l'éventail des qualifications. Les recommandations relatives à la conception d'un modèle pour les ressources humaines de la santé sont en train d'être mises en oeuvre.	L'Université Memorial dirige des discussions par l'entremise du <i>Centre for Collaborative Health Professional Education</i> . Des projets sont en cours d'élaboration.	Oui (médecins, infirmières, professions paramédicales).
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>	La Phase 1 est complétée et contient des profils de toutes les professions de la santé et des services sociaux. Mise en oeuvre de la Phase 2 en cours. Un plan quinquennal en matière de ressources humaines de la santé est dans les derniers stades d'élaboration.	L'Î.-P.-É. place davantage l'accent sur la collaboration en milieu de travail, étant donné que la province n'a pas d'école de médecine pour faciliter la formation interprofessionnelle.	Oui (médecins, infirmières, techniciens en radiothérapie, radiothérapeutes et techniciens de laboratoires médicaux).
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>	Achèvement d'un plan quinquennal en matière de ressources humaines.	La formation interdisciplinaire n'est pas une priorité actuelle.	Oui (médecins, infirmières et professionnels de la santé difficiles à recruter tels que les pharmaciens et les audiologistes. Accent sur la formation d'infirmières en santé communautaire.)
<b>Yukon</b>	Accent sur le recrutement et la fidélisation.	Accent sur la collaboration en milieu de travail et la gestion interdisciplinaire des maladies chroniques.	Oui (médecins et infirmières).
<b>Nunavut</b>	Accent sur télésanté et le recrutement.		Oui (principalement des infirmières), bien qu'avec le recrutement, le nombre de médecins a été augmenté de trois.

## Annexe 8 : Initiative de recrutement et de fidélisation des ressources humaines du domaine de la santé, par province/territoire

	CB	AB	SK	MB	ON	QC	NÉ	NB	PÉ	TN	YK	TNO	NU
<b>A. Recrutement</b>													
Médecins diplômés internationaux	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√			
Aide financière pour l'immigration							√						
Publicité (par ex., site Web, salons de l'emploi)	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√	√
Remboursement des frais de scolarité	√		√	√	√				√			√	√
Prêts	√				√		√				√		
Bourses	√		√	√	√		√	√	√	√	√	√	√
Hébergement					√		√	√					√
Mesures incitatives – Inscription à des programmes éducatifs	√		√	√			√	√	√	√	√	√	√
Emplois d'été pour étudiants	√	√	√		√	√		√	√	√		√	√
Soutien des praticiens suppléants	√		√	√	√		√	√	√		√	√	√
Emplois à temps plein pour diplômés	√*				√	√	√	√	√	√		√	
Encourager un emploi du temps flexible	√		√						√				√
Stratégie autochtone	√	√	√	√	√							√	√
Aide au déménagement	√			√	√		√		√	√	√	√	√
Infirmières praticiennes – intégration en cours	√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Agent ou planificateur du recrutement	√			√	√		√	√	√	√		√	√
Stratégie rurale	√	√		√	√		√	√	√				



## Annexe 8 : Initiative de recrutement et de fidélisation des ressources humaines du domaine de la santé, par province/territoire

	CB	AB	SK	MB	ON	QC	NÉ	NB	PÉ	TN	YK	TNO	NU
<b>B. Fidélisation</b>													
Recherche et analyse de données sur la population active	√		√	√	√		√	√	√	√			√
Sondage sur la satisfaction professionnelle	√		√					√			√		
Reconnaissance	√*					√							√
Appuyer l'éducation permanente	√*		√	√	√		√		√	√	√	√	√
Aborder les questions liées à la qualité de la vie professionnelle	√		√	√	√				√	√	√		
Avancement professionnel	√		√		√				√	√		√	
Mentorat	√		√		√			√			√	√	√
Amélioration des compétences et perfectionnement professionnel	√		√		√	√		√	√	√	√	√	√
Création de postes polyvalents						√						√	
Création de bassins d'employés à temps plein mobiles	√*		√		√						√	√*	√
Partage d'emploi	√*				√		√	√			√	√	√
Déjeuners de recrutement	√*							√	√				
Travail occasionnel illimité	√*						√					√	√
Financement pour le leadership	√		√		√								

\*C.-B. – mis en oeuvre dans certaines administrations sanitaires.

\*TN&L – les initiatives cochées sont, pour la plupart, coordonnées et mises en oeuvre par les employeurs et non par le gouvernement. Les emplois d'été varient selon le groupe professionnel et l'endroit. La disponibilité des emplois à temps plein varie selon le groupe professionnel et l'endroit et fluctue au cours de l'année.

\*TNO – Maximiser les emplois dans le Nord – développement d'une population active dans le Nord (y compris les Autochtones).