

Rapport de progrès 2013 :

Renouvellement des soins de santé
au Canada



Table des matières

2	Introduction
4	Accès et temps d'attente
12	Réforme des soins de santé primaires et dossiers de santé électroniques
18	Gestion des produits pharmaceutiques
26	Prévention des maladies, promotion de la santé et santé publique
32	Santé des Autochtones
38	Conclusion
40	Références

Illustratrice : Laura Pérez

À propos du Conseil canadien de la santé

Créé dans la foulée de l'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, le Conseil canadien de la santé est un organisme national indépendant qui prépare des rapports sur les progrès dans le renouvellement des soins de santé au Canada. Le Conseil offre une perspective globale du système de santé face à la réforme des soins au Canada et diffuse à travers le pays de l'information sur les pratiques novatrices. Ses conseillers sont nommés par les gouvernements provinciaux et territoriaux participants et par le gouvernement du Canada.

Pour télécharger les rapports du Conseil canadien de la santé et d'autres renseignements le concernant, consultez le conseilcanadiendelasante.ca.

Conseillers

D^r Jack Kitts (président)
D^{re} Catherine Cook
D^r Cy Frank
D^r Dennis Kendel
D^r Michael Moffatt
M. Murray Ramsden
D^{re} Ingrid Sketris
D^r Les Vertesi
M. Gerald White
D^r Charles J. Wright
M. Bruce Cooper (membre de droit)

Préambule



Si vous vivez en Ontario, il y a de fortes chances que votre temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche soit plus court que celui d'une personne qui réside ailleurs au Canada. Si vous habitez en Alberta, il est plus probable que votre médecin de famille utilise un dossier de santé électronique pour faire le suivi de vos données médicales. Si vous vivez au Nouveau-Brunswick, votre province est l'une des rares instances où un pharmacien peut administrer des médicaments par injection. Et si vous êtes Autochtone, vous êtes plus susceptible d'être en mauvaise santé que les autres Canadiens.

Qu'est-ce que ceci nous apprend sur les soins de santé au Canada?

Il y a 10 ans, soit en 2003, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont signé l'*Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, suivi du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, en 2004. Ce faisant, ils se sont engagés à ce que tous les Canadiens puissent obtenir les services de santé dont ils ont besoin, quels que soient leur lieu de résidence et leurs moyens financiers. Ils ont pris des engagements, déterminé des priorités et attribué des fonds.

Mais comme les exemples ci-dessus le montrent, le lieu de résidence *a de l'importance*. L'accès à des soins de haute qualité continue de varier au Canada. Et les disparités subsistent quant à l'état de santé.

Le Conseil canadien de la santé a examiné les progrès accomplis et en a rendu compte de manière détaillée, comparativement à chacun des engagements des accords sur la santé de 2003 et 2004, dans son *Rapport de progrès 2011*, son *Rapport de progrès 2012*, et maintenant dans son *Rapport de progrès 2013*.

Des schémas clairs apparaissent. La réforme des soins de santé s'accomplit et des progrès sont réalisés. Mais il nous reste à découvrir des moyens judicieux de partager les connaissances et les pratiques exemplaires entre les instances, pour qu'elles puissent tirer parti de leurs succès mutuels et les renforcer. Ce manque de partage explique que nous ne profitons pas toujours pleinement des innovations dans la prestation des soins de santé, à mesure qu'elles surviennent.

De plus, nous ne sommes toujours pas au point où nous devrions être en termes d'évaluation du rendement. Fondamentalement, nous ne pouvons pas mesurer et comparer exactement les soins de santé au Canada, car les cibles restent souvent peu claires et, car chacune des instances a ses propres méthodes d'évaluation et de rapport des progrès.

Pour aborder ces enjeux, les gouvernements et les organismes de prestation des services devront continuer de faire preuve de leadership et les instances devront plus fortement collaborer entre elles. J'ai préconisé ce leadership et cette collaboration lorsque j'ai fait ma présentation au Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, au nom du Conseil canadien de la santé, en 2011. Ce rapport donne de plus amples preuves d'une telle nécessité.

Des soins de santé de haute qualité pour tous les Canadiens – une décennie après le premier accord sur la santé, nous sommes plus près de notre but, mais nous ne l'avons pas encore atteint.

D^r Jack Kitts

Président, Conseil canadien de la santé



Introduction

L'un des éléments au cœur de l'*Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, en 2003 et du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, en 2004, est un engagement à rendre des comptes. Ces accords définissent l'obligation qu'ont les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de faire régulièrement des rapports aux Canadiens sur le rendement du système de santé et sur la manière dont les fonds sont dépensés dans le secteur de la santé. Ils définissent aussi un rôle pour le Conseil canadien de la santé, dans le cadre de cette activité continue.

Cependant, l'intention des accords sur la santé était aussi de faire un suivi des objectifs du renouvellement des soins de santé et de concevoir des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis. Bien que chacune des instances ait entrepris des travaux considérables sur les thèmes des accords de la santé, la vision commune exprimée il y a 10 ans ne s'est pas encore concrétisée pleinement. Le plus souvent, chaque province et territoire a élaboré sa propre approche pour répondre aux besoins, le résultat étant que cette variabilité complique l'évaluation des progrès pancanadiens en fonction des engagements des accords. Toutefois, quand on examine et évalue les données disponibles auprès des instances fédérales, provinciales et territoriales et d'autres sources, un tableau d'ensemble commence à se dessiner.

Dans son *Rapport de progrès 2011*, le Conseil canadien de la santé a présenté les progrès accomplis comparativement aux engagements des accords sur la santé dans les secteurs suivants : temps d'attente, gestion des produits pharmaceutiques, dossiers de santé électroniques, télétriage et innovation dans le système de santé. Son *Rapport de progrès 2012* s'est penché sur les progrès dans les soins à domicile et les soins communautaires, les ressources humaines de la santé, la télésanté, l'accès aux soins dans le Nord et l'élaboration d'indicateurs comparables de la santé.

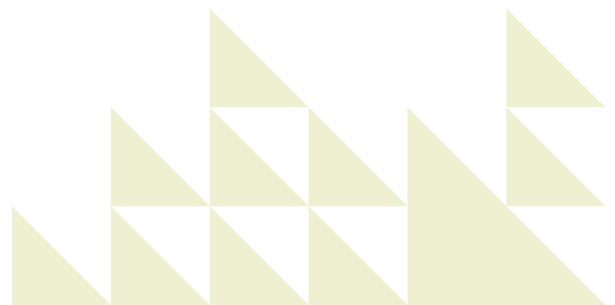


Le rapport de 2013 réexamine les temps d'attente et la gestion des produits pharmaceutiques et rend compte des progrès réalisés dans les soins de santé primaires (incluant les dossiers de santé électroniques), la santé des Autochtones (incluant les ressources humaines de la santé), la prévention des maladies, la promotion de la santé et la santé publique. À l'exception du Québec, toutes les provinces et tous les territoires sont membres du Conseil canadien de la santé et ce rapport donne un aperçu général des progrès accomplis partout au pays.

Pour des renseignements détaillés sur chacune des instances, veuillez consulter les profils des provinces et territoires à conseilcanadiendelasante.ca/progres.

Le Conseil canadien de la santé analyse des données provenant de sources très diverses, dont des sites Web, des rapports de gouvernement et d'organismes qui rendent compte des soins de santé et de la réforme du système de santé. Un document-source important pour notre rapport a été le document intitulé *Un changement transformateur s'impose : un examen de l'Accord sur la santé de 2004*, publié en 2012 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, après des audiences exhaustives auxquelles ont participé des spécialistes et d'autres témoins. En outre, le Conseil canadien de la santé a suivi son processus officiel pour recueillir de l'information directement auprès des ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.

La réforme des soins de santé se fait grâce à de multiples initiatives au Canada. Ce rapport met en lumière certaines d'entre elles pour favoriser la discussion sur la manière de les adapter dans de plus nombreuses instances. De plus, avec son Portail de l'innovation en santé (healthcouncilcanada.ca/innovation), le Conseil canadien de la santé a créé une banque de ressources sur les pratiques novatrices pour en faciliter la diffusion, le partage et l'adoption partout au pays.



Accès et temps d'attente

Engagements en vertu des accords

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

Cet accord sur la santé mentionne l'accessibilité des soins et les temps d'attente, dans le cadre de l'élaboration d'indicateurs de rendement¹. Dans notre *Rapport de progrès 2012*, nous avons fait état des progrès réalisés quant à l'établissement des indicateurs de rendement.

Plan décennal pour consolider les soins de santé, en 2004

Les premiers ministres s'engagent à réduire substantiellement les temps d'attente dans des domaines prioritaires comme les soins contre le cancer, les soins du cœur, l'imagerie diagnostique, les arthroplasties de la hanche et du genou, et la restauration de la vue, en tenant compte des différents points de départ, priorités et stratégies des provinces et territoires.

Le Fonds pour la réduction des temps d'attente augmentera les investissements provinciaux et territoriaux existants et aidera les instances dans leurs diverses initiatives, pour réduire les temps d'attente. Ce fonds aidera principalement les instances à répondre à leurs priorités, notamment pour former et recruter de plus nombreux professionnels de la santé, éliminer les arriérés, renforcer les capacités des centres régionaux d'excellence, élargir les programmes pertinents de soins ambulatoires et de soins communautaires, et utiliser les outils de gestion des temps d'attente.

Les premiers ministres conviennent de fournir à la population canadienne des informations cohérentes sur les progrès accomplis en vue de réduire les temps d'attente :

- ▶ Chaque province et chaque territoire conviennent d'établir des indicateurs comparables de l'accès à des professionnels de la santé et à des services de diagnostic et de traitement, et d'en rendre compte à ses citoyens.
- ▶ Des points de repère fondés sur des preuves concernant les temps d'attente médicalement acceptables, en commençant par le cancer, le cœur, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulations et la restauration de la vue seront établis au cours d'un processus élaboré par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.
- ▶ Chaque province et chaque territoire établiront des cibles pluriannuelles pour atteindre ces points de repère.



- ▶ Les provinces et les territoires remettront chaque année à leurs citoyens des rapports sur les progrès qu'ils auront réalisés pour atteindre leurs objectifs pluriannuels concernant les temps d'attente.

L'Institut canadien d'information sur la santé rendra compte des progrès réalisés pour réduire les temps d'attente².



Ce que le Conseil de la santé a dit à propos de l'accès et des temps d'attente

- ▶ Dans son rapport de 2005, *10 étapes vers un cadre commun de production de rapports sur les temps d'attente*, le Conseil de la santé a préconisé des moyens grâce auxquels les gouvernements pourraient réduire les temps d'attente³.
- ▶ Dans son rapport de 2007, *Éclaircir les temps d'attente*, le Conseil de la santé a signalé que, en dépit d'activités entreprises dans chacune des instances pour réduire les temps d'attente, les renseignements restaient insuffisants pour brosser un tableau pancanadien⁴.
- ▶ Dans son rapport de 2008, *Relancer la réforme*, le Conseil de la santé a constaté que les gouvernements avaient établi des repères probants dans la plupart des domaines prioritaires et que certaines provinces avaient réussi à réduire fortement leurs temps d'attente. Toutefois, les provinces ne rendaient pas adéquatement compte de leurs progrès⁵.
- ▶ En 2011, le Conseil de la santé a constaté que :
 - Le Fonds pour la réduction des temps d'attente, de 5,5 milliards \$, avait permis aux instances de s'attaquer aux défis des temps d'attente en suivant toute une gamme d'approches.
 - Les premiers efforts avaient porté sur la réduction des temps d'attente pour les interventions chirurgicales, mais les instances avaient élargi leurs activités au-delà des cinq domaines prioritaires indiqués dans le plan décennal de 2004.
 - La qualité et le nombre des rapports publics sur les temps d'attente dépassaient de loin le rapport annuel promis par les premiers ministres. Dans la plupart des provinces, les habitants pouvaient consulter des sites Web provinciaux pour comparer les temps d'attente entre diverses régions et divers hôpitaux. De plus, les rapports annuels sur les temps d'attente faits par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) fournissaient des comparaisons en fonction des repères et entre les instances.
 - Le budget fédéral de 2007 avait alloué plus de 1 milliard \$, sur trois ans, pour mettre en œuvre des garanties de temps d'attente. En avril 2010, ces garanties étaient en place dans neuf provinces, mais on ignorait dans quelle mesure elles permettaient d'améliorer les résultats de santé.
 - La poursuite d'efforts coordonnés et l'utilisation accrue d'outils efficaces de gestion pourraient faire de la gestion des temps d'attente l'un des succès des accords sur la santé⁶.

Progrès à ce jour

En 2004, les ministres de la Santé se sont engagés à réduire les temps d'attente dans cinq domaines prioritaires comme les soins contre le cancer, les soins du cœur, l'imagerie diagnostique, les arthroplasties et la chirurgie de la cataracte². En décembre 2005, les gouvernements provinciaux et territoriaux se sont entendus sur les repères suivants pour les temps d'attente⁷ :

- ▶ arthroplastie de la hanche/du genou dans les 26 semaines;
- ▶ réparation de la fracture de la hanche dans les 48 heures;
- ▶ chirurgie de la cataracte dans les 16 semaines pour les patients à haut risque;
- ▶ radiothérapie pour le cancer dans les quatre semaines à partir du moment où un patient est prêt pour le traitement;
- ▶ pontage aortocoronarien dans les deux semaines pour une urgence de niveau 1, dans les six semaines pour une urgence de niveau 2 et dans les 26 semaines pour une urgence de niveau 3.

Atteindre les repères dans cinq domaines prioritaires

L'ICIS signale que, depuis 2010, il y a peu d'amélioration dans la plupart des provinces quant au pourcentage des patients qui obtiennent ces soins dans les délais prescrits. L'ICIS signale aussi que le nombre d'interventions chirurgicales prioritaires effectuées continue d'augmenter. Plus de 538 000 Canadiens ont subi de telles interventions en 2012, soit une hausse d'environ 21 000 par rapport à l'année précédente⁸.

Dans ses rapports sur le rendement des diverses instances, l'ICIS précise que tous les retards ne sont pas directement liés à des questions d'accessibilité. C'est pourquoi l'ICIS considère qu'un résultat de 90 % indique un rendement raisonnable par rapport aux repères prescrits. En 2012, toutes les provinces sont parvenues à respecter le repère des radiothérapies pour au moins 90 % des patients (sauf la Nouvelle-Écosse, où le résultat était de 89 %). En revanche, aucune d'elles n'est arrivée à l'objectif des 90 % pour les autres domaines prioritaires⁸. (Voir la Figure 1 pour le pourcentage des patients qui ont obtenu des soins dans les délais pancanadiens prescrits, en 2012, et pour les tendances depuis 2010.)

En 2012, le nombre des arthroplasties de la hanche et du genou au Canada a augmenté de 15 % par rapport à 2010. Mais le pourcentage de ces opérations effectuées dans le délai pancanadien a baissé de 4 %. En Colombie-Britannique, au Manitoba, au Québec, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard, le pourcentage des arthroplasties de la hanche faites dans le délai prescrit a considérablement diminué durant cette même période. Dans ces mêmes provinces, ainsi qu'en Saskatchewan et en Ontario, le pourcentage des arthroplasties du genou faites dans le délai prescrit a aussi beaucoup baissé. D'après l'ICIS, l'augmentation de la demande

pour les arthroplasties de la hanche et du genou, qui résulte du vieillissement de la population et des taux croissants d'ostéoartrite et d'obésité, prend de vitesse la capacité de réponse du système. De tous les domaines prioritaires, c'est celui de l'arthroplastie du genou qui présente les plus longs temps d'attente pour les patients. C'est aussi ce domaine qui est responsable des plus grandes variations de temps d'attente entre les provinces⁸.

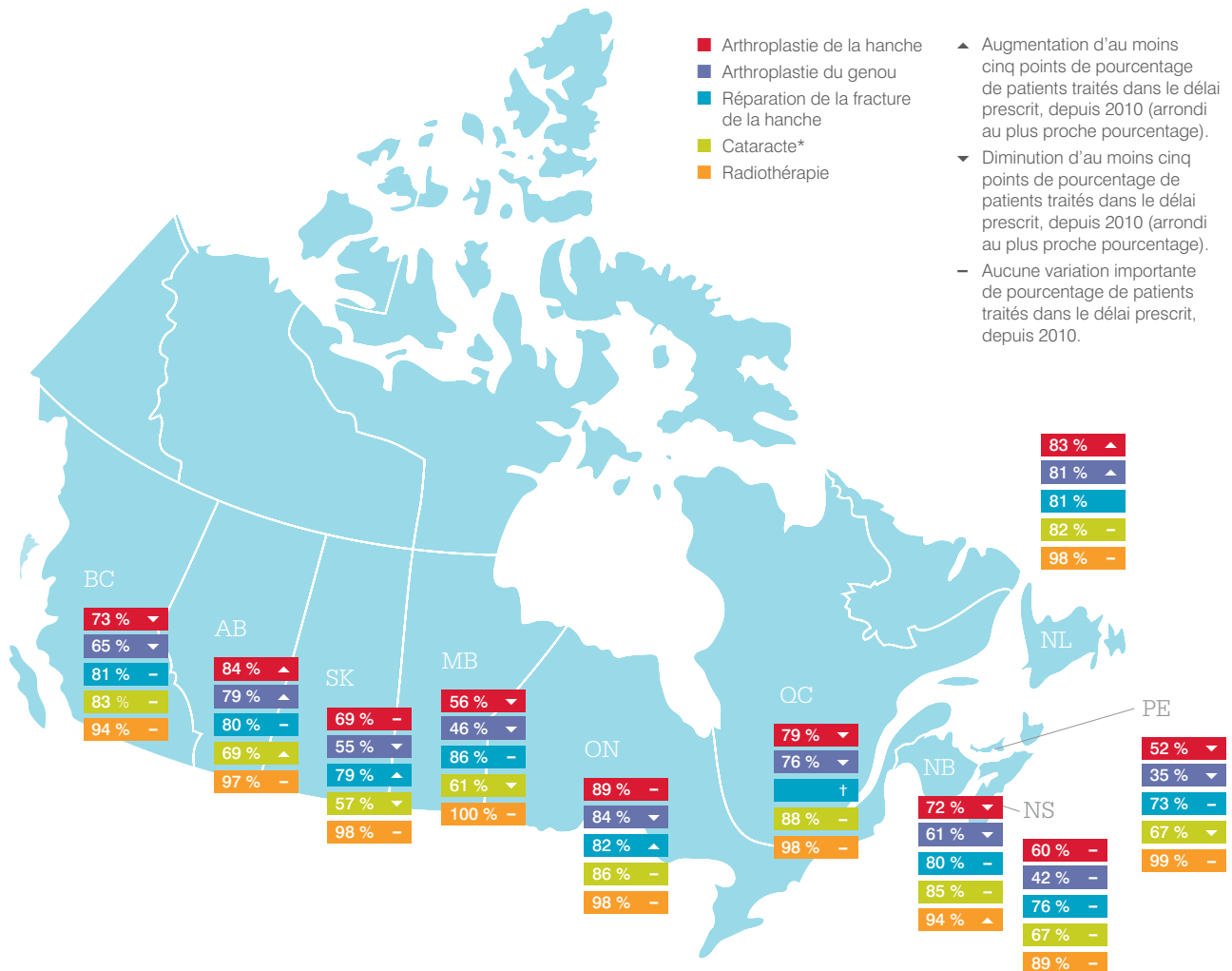
Terre-Neuve-et-Labrador et l'Alberta sont les deux seules provinces qui sont parvenues à améliorer leur rendement par rapport aux repères pour les arthroplasties de la hanche et du genou, de 2010 à 2012⁸. Au cours des huit dernières années, Terre-Neuve-et-Labrador a investi dans la réduction des temps d'attente, allouant entre autres 5 millions \$ en 2012 au renforcement de l'accès aux services de santé, incluant davantage d'arthroplasties de la hanche et du genou⁹. En Alberta, le nombre des arthroplasties de la hanche et du genou a augmenté grâce à un projet probant, conçu pour réduire la longueur des séjours hospitaliers postopératoires. Les résultats préliminaires pour 2011-2012 montrent que cette initiative a permis d'économiser plus de 13 500 jours-lits, et donc d'effectuer plus de 3 375 interventions chirurgicales supplémentaires¹⁰.

Les temps d'attente pour la réparation de la fracture de la hanche et la chirurgie de la cataracte sont restés plutôt stables depuis 2010. L'Alberta est la seule province où le pourcentage des chirurgies de la cataracte effectuées dans le délai prescrit a augmenté de 2010 à 2012. Durant cette même période, le pourcentage des chirurgies de la cataracte faites dans le délai prescrit a diminué en Saskatchewan, au Manitoba et à l'Île-du-Prince-Édouard. De 2010 à 2012, les temps d'attente pour la réparation de la fracture de la hanche se sont améliorés dans seulement deux provinces, soit en Saskatchewan et en Ontario⁸.

En raison du manque de données comparables sur les temps d'attente pour les pontages aortocoronariens (PAC), l'ICIS n'inclut plus ces temps d'attente à son rapport annuel⁸. Par contre, le site Web de l'ICIS indique qu'en moyenne 90 % des patients canadiens obtiennent un PAC dans les 46 jours, bien que les temps d'attente varient de 19 jours en Saskatchewan à 84 jours en Alberta¹¹.

L'Alliance sur les temps d'attente (ATA), groupe composé de l'Association médicale canadienne et de 13 sociétés nationales de spécialités médicales, fait elle aussi des rapports sur les temps d'attente à partir de données tirées de sites Web gouvernementaux. Quand les méthodes de rapports diffèrent entre les instances, l'ATA procède aux meilleures estimations ou s'appuie sur des critères spécifiques pour noter le rendement des instances. Les notes données par l'ATA sont fonction du pourcentage de la population traitée dans le délai pancanadien : A : 80-100 %; B : 70-79 %; C : 60-69 %; D : 50-59 %; F : moins de 50 %¹².

Figure 1 : Tendence du pourcentage des patients qui reçoivent des soins dans les délais prescrits, par province, et par secteur de priorité, 2010–2012



Remarques :

Figure reproduite et adaptée avec permission.

* Le délai pancanadien prescrit pour la chirurgie de la cataracte est de 16 semaines (112 jours) pour les patients à haut risque.

Comme la définition de « haut risque » ne fait pas encore l'objet d'un consensus, le délai prescrit est utilisé à tous les niveaux de priorité.

† Les temps d'attente pour une réparation de fracture de la hanche au Québec ne sont pas inclus en raison de différences méthodologiques dans les données.

Il n'existe pas de délai pancanadien prescrit pour les examens d'IRM et de TDM.

À compter de 2012, le pourcentage de patients ayant subi un pontage aortocoronarien dans le délai prescrit ne sera plus déclaré.

Source : Institut canadien d'information sur la santé (2012). *Temps d'attente au Canada – Sommaire, 2012*

Dans son rapport de 2012, l'ATA a accordé un A à toutes les provinces qui font des radiothérapies et des pontages aortocoronariens. La Colombie-Britannique, l'Ontario et Terre-Neuve-et-Labrador ont obtenu un A pour l'arthroplastie de la hanche; l'Ontario a obtenu un A pour l'arthroplastie du genou; et l'Ontario et le Nouveau-Brunswick ont obtenu un A pour la chirurgie de la cataracte. L'ATA a attribué un F à la Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard pour l'arthroplastie du genou¹³. Le rapport souligne que les variations régionales de temps d'attente peuvent résulter de diverses raisons, dont une insuffisance des ressources technologiques et humaines, une demande inégale et un manque de coordination¹³.

Faire rapport sur les temps d'attente pour l'imagerie diagnostique

L'imagerie diagnostique a été identifiée comme une priorité dans les accords sur la santé, mais aucun repère national de temps d'attente n'a été établi en raison d'un manque d'éléments probants¹⁴. En 2012, cinq provinces ont soumis des données à l'ICIS sur les temps d'attente pour l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et les examens de tomographie assistés par ordinateur (TDM)⁸. Parmi les patients qui attendaient une IRM, 90 % ont obtenu cet examen dans les 261 jours en Alberta, les 99 jours au Manitoba, les 86 jours en Ontario, les 148 jours en Nouvelle-Écosse et les 143 jours à l'Île-du-Prince-Édouard¹⁵. Parmi les patients qui attendaient un examen de tomographie assistés par ordinateur, 90 % en ont obtenu un dans les 36 jours en Alberta, les 41 jours au Manitoba, les 32 jours en Ontario, les 68 jours en Nouvelle-Écosse et les 34 jours à l'Île-du-Prince-Édouard¹⁶.

En l'absence de preuve sur les résultats de santé des patients et sur l'accessibilité des soins, relativement aux temps d'attente pour l'imagerie diagnostique, l'Association canadienne des radiologistes (CAR) a procédé à une consultation pancanadienne afin d'établir ses propres repères pour l'imagerie diagnostique, en 2005. Ces repères, qui ont été mis à jour en 2013, permettent de classer par priorité les IRM et les TDM en fonction de leur urgence. CAR recommande un temps d'attente maximal de 24 heures pour une urgence immédiate, de sept jours pour une urgence, de 30 jours pour une semi-urgence et de 60 jours pour une non-urgence¹⁷. La pertinence de ces repères pour chacun des systèmes provinciaux et territoriaux de santé reste à déterminer.

Traiter de la responsabilisation et de la transparence

Les instances ont fait des progrès quant à la responsabilisation et à la transparence en présentant régulièrement des rapports sur les temps d'attente, sur leur site Web respectif. L'ATA évalue les sites Web provinciaux de temps d'attente à partir d'un certain nombre de critères, dont la convivialité, l'exhaustivité, la mise à jour des données, la qualité et la fiabilité de l'information. La qualité de ces sites Web continue de s'améliorer et en 2012, l'ATA leur a donné une note globale B¹³. Les données les plus

récentes sur les temps d'attente affichées sur les sites Web provinciaux lors de la préparation de ce rapport figurent dans chacun des profils en ligne faits par le Conseil de la santé, à healthcouncilcanada.ca/progress.

L'ICIS a pour mandat de recueillir et d'analyser des données sur les temps d'attente et toutes les provinces lui soumettent des données, dans un format normalisé. Bien que les provinces rendent compte de leurs temps d'attente différemment, en fonction de leurs priorités et de leurs contextes, les rapports annuels de l'ICIS à ce sujet brossent un tableau national et permettent des comparaisons entre les instances. Le site Web interactif de l'ICIS permet aussi de consulter plus en profondeur les temps d'attente dans chacune des provinces.

Les territoires ne font pas publiquement rapport de leurs temps d'attente, car leurs habitants doivent souvent se rendre dans une province pour accéder à des services médicaux complexes. Les Territoires du Nord-Ouest font un suivi des temps d'attente pour les arthroplasties du genou et de la hanche, mais sans distinction entre ces deux types d'interventions. Au Yukon, il y a un suivi des temps d'attente, mais pas de rapport public.

Gérer les temps d'attente

Dans le cadre des accords sur la santé, le gouvernement fédéral a créé le Fonds pour la réduction des temps d'attente, afin d'aider les instances à gérer et à réduire les temps d'attente. Ce fonds a appuyé des initiatives dans des domaines spécifiques, dont la formation et le recrutement de professionnels de la santé et l'élargissement des capacités de services pour les soins ambulatoires et communautaires.

On ne dispose que de très peu de renseignements sur la manière dont les instances gèrent les temps d'attente grâce à de telles stratégies. Toutes les instances poursuivent des stratégies de ressources humaines de la santé, visant entre autres à élargir les champs d'exercice, à élaborer des politiques de recrutement et de maintien des effectifs, à accorder des stimulants financiers pour les réinstallations en zones rurales ou éloignées et à fournir une aide financière à la formation.

Dans la plupart des provinces et des territoires, il n'y a pas de données sur l'amélioration de l'accès aux soins ambulatoires. Partout dans le pays, les soins communautaires sont en essor, souvent axés sur la gestion et la prévention des maladies chroniques.

Temps d'attente dans les autres domaines

Les patients doivent souvent attendre dans des domaines autres que ceux des priorités d'origine, établies en vertu des accords sur la santé, notamment aux urgences, pour des soins de santé primaires et des soins de longue durée. Ces attentes peuvent à leur tour influencer sur les temps d'attente dans les domaines prioritaires.

Les instances ont entrepris des activités dans beaucoup de ces domaines. Ainsi, plusieurs provinces ont adopté des repères et des cibles pour les temps d'attente aux urgences¹⁴, mais seuls l'Ontario et l'Alberta font publiquement rapport de leur rendement. L'ATA attribue une note pour les temps d'attente aux urgences par rapport aux repères de quatre heures d'attente pour les patients non admis et de huit heures d'attente pour les patients admis. En 2012, l'ATA a donné un A à l'Ontario pour les patients non admis, mais un D et un F pour les patients admis aux urgences. L'Alberta a également obtenu un A pour les patients non admis, mais un D pour tous les patients admis¹³.

En 2010-2011, l'ICIS a constaté que 90 % des visites aux urgences, au Canada, s'étaient conclues en huit heures ou moins. Cependant, la plupart des patients avaient attendu plus longtemps pour une première évaluation par un médecin que le délai prescrit par une directive de l'Association canadienne des médecins d'urgence¹⁸.

L'ICIS fait aussi une comparaison internationale des temps d'attente dans divers domaines, à partir des données du sondage de 2010 du Fonds du Commonwealth :

- ▶ De 11 pays, le Canada était celui qui avait le plus fort pourcentage d'adultes (31 %) déclarant avoir attendu plus de quatre heures aux urgences avant d'obtenir un traitement, ce qui était de 19 points de pourcentage plus élevé que la moyenne.
- ▶ Dans le secteur des soins de santé primaires, seulement 45 % des Canadiens ont dit pouvoir consulter un médecin ou une infirmière le jour même ou le lendemain, en cas de maladie – résultat qui était le plus faible pourcentage parmi les pays de comparaison; 33 % des Canadiens ont signalé des attentes de six jours ou plus.
- ▶ Les Canadiens étaient aussi ceux qui attendaient le plus longtemps pour consulter un spécialiste, 41 % d'entre eux disant avoir attendu deux mois ou plus¹⁸.

Les patients qui n'ont plus besoin de soins actifs, mais qui attendent de sortir de l'hôpital pour suivre une réadaptation, rentrer chez eux avec un soutien de soins à domicile ou obtenir des soins de longue durée, sont considérés comme recevant un autre niveau de soins (ANS)¹⁸. Dans sa fiche de résultats de 2011, l'ATA a signalé que les séjours en ANS peuvent influencer sur les temps d'attente aux urgences, dans les services paramédicaux et pour les interventions chirurgicales planifiées¹⁹. Environ 5 % des hospitalisations sont considérées comme des ANS au Canada et ce taux reste relativement stable depuis plusieurs années. Les patients les plus susceptibles d'attendre en ANS sont ceux qui souffrent de démence, qui reçoivent des soins palliatifs ou qui attendent des services de réadaptation et de convalescence. En 2011, environ 16 % des patients d'ANS ont attendu leur sortie de l'hôpital pendant un ou deux jours, tandis que 21 % ont attendu plus d'un mois et que 5 % ont attendu plus de 100 jours¹⁸.

Défis qui restent à relever

Lors de son examen de l'accord sur la santé de 2004, le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a entendu des témoins dire que les engagements avaient été respectés en grande partie quant aux temps d'attente dans les domaines prioritaires, mais que l'adoption des repères n'était ni suffisamment probante, ni suffisamment centrée sur les patients. Le Comité a recommandé des efforts dans le but d'élaborer des stratégies de temps d'attente pour les soins spécialisés, les soins aux urgences et les soins de longue durée; d'étudier et de concevoir des repères pancanadiens probants, centrés sur les patients; et de collaborer à un partage des pratiques exemplaires de réduction des temps d'attente²⁰.

En outre, l'ATA a préconisé que les repères tiennent compte de toute l'expérience vécue par le patient. Généralement, les temps d'attente sont mesurés à partir de la visite chez le spécialiste jusqu'au début du traitement. Selon l'ATA, les temps d'attente devraient inclure plusieurs étapes antérieures, notamment le temps passé pour trouver et consulter un médecin de famille, pour attendre une consultation chez un spécialiste ou un examen de diagnostic¹³.

L'essentiel

- ▶ Au cours des premières années des accords sur la santé, des progrès ont été réalisés dans la réduction des temps d'attente, la production de rapports publics sur les temps d'attente et le recueil de données normalisées sur les temps d'attente dans les domaines prioritaires, pour permettre des comparaisons interpays.
- ▶ Depuis quelques années, les progrès bloquent dans certains domaines. Pour l'arthroplastie du genou, par exemple, le pourcentage des patients qui obtiennent des soins dans les délais prescrits est en baisse. Pour l'imagerie diagnostique, la mise en place de repères probants reste à faire. Et pour les pontages aortocoronariens, le manque de données normalisées sur les temps d'attente dans les différentes instances empêche toute comparaison utile.
- ▶ Les efforts faits pour étudier les temps d'attente dans les domaines non prioritaires varient grandement. En l'absence de repères sur les temps d'attente dans ces domaines, divers organismes ont créé leurs propres délais de référence.

Commentaire

Les gouvernements fédéral et provinciaux reconnaissent la nécessité de relever les défis des temps d'attente et ont alloué d'importantes ressources à leur réduction. Des garanties de temps d'attente ont été établies, et des stratégies éprouvées et des pratiques exemplaires ont été identifiées et instaurées partout au Canada.

Toutefois, malgré des améliorations importantes au cours des premières années des accords sur la santé, les repères de temps d'attente ne sont pas encore complètement atteints dans la plupart des domaines prioritaires. Chose plus inquiétante encore, le pourcentage des patients qui reçoivent des soins dans les délais prescrits est en baisse depuis quelques années dans certaines provinces. En outre, la demande d'interventions comme les arthroplasties du genou et de la hanche continue d'augmenter⁸, ce qui suscite des inquiétudes quant à une insuffisance des capacités et à de plus piètres résultats de santé à l'avenir.

L'ICIS a aussi identifié plusieurs domaines où aucun progrès n'avait clairement été réalisé, incluant les temps d'attente pour les soins courants, les répercussions des temps d'attente dans un domaine donné sur d'autres domaines de soins, les retombées des temps d'attente pour les interventions chirurgicales sur les soins postopératoires et leurs résultats, et le problème d'attentes à plusieurs étapes pour différents types de soins¹⁸.

On ne s'est pas très clairement non plus comment les patients sont inscrits aux listes d'attente ou en sont retirés. Certains patients en attente ne sont pas inscrits sur les listes. D'autres qui sont inscrits n'ont pas forcément besoin de l'être. Une transparence accrue s'impose dans la gestion des listes de temps d'attente, et le partage de l'information entre les prestataires de soins de santé doit s'améliorer²¹.

Respecter les délais prescrits de temps d'attente doit rester une priorité pour toutes les instances, qui doivent continuer d'identifier, de partager, d'évaluer et d'appliquer des pratiques novatrices dans cet objectif. Toutes les méthodes de réduction des temps d'attente ne sont pas efficaces ou durables. Par exemple, un rapport de 2003 de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) indique que les garanties de temps d'attente sont uniquement efficaces quand des évaluations systématiques sont faites et quand les prestataires de services de santé sont tenus responsables de parvenir aux objectifs. Ce rapport précise aussi que les financements ciblés sont rarement efficaces à long terme, car les temps d'attente augmentent bien souvent une fois que ces financements prennent fin²². L'ICIS préconise un recours plus généralisé aux stratégies fructueuses de gestion des temps d'attente, dont à celles qui sont centrées sur les stimulants financiers, les politiques de ressources humaines, les technologies, et le flux des patients¹⁸.

En outre, nous devons élargir notre définition des temps d'attente pour qu'elle reflète l'expérience entière des patients, comprenant l'attente pour consulter un médecin de famille ou un spécialiste et pour obtenir un examen diagnostique¹³.

À l'avenir, nous devons étendre nos efforts au-delà des domaines prioritaires identifiés à l'origine dans les accords sur la santé et relever les défis des temps d'attente aux urgences, pour les soins primaires et spécialisés, les soins à domicile et les soins de longue durée. Les problèmes s'avèrent complexes et ils exigent que nous intervenions sur le plan de la coordination du système de santé, du dédoublement des services, et des procédures et services inutiles et inappropriés.

Au cours de la dernière décennie, les provinces ont reconnu la valeur des rapports publics sur les temps d'attente. Désormais, elles affichent régulièrement des données actualisées sur leurs sites Web. L'ICIS recueille des données normalisées sur les temps d'attente pour les domaines prioritaires et fait des rapports à ce sujet. Ce processus doit être élargi pour inclure d'autres secteurs où les Canadiens sont confrontés à des temps d'attente, comme indiqué ci-dessus. Soulignons aussi que les temps d'attente dans les territoires ne font l'objet ni d'un suivi, ni de rapports publics, par les organismes nationaux, car leurs habitants doivent se rendre dans d'autres instances pour la plupart des interventions complexes. Dans une optique de responsabilisation, le temps est venu pour les territoires, et les provinces qui leur assurent des services médicaux, de travailler avec l'ICIS afin de recueillir, d'extraire, d'analyser ces données et d'en faire rapport. L'élargissement et le renforcement du processus de production de rapports comparables sur les temps d'attente, parmi toutes les instances, donneront aux gouvernements un outil utile pour évaluer leurs progrès et pour mieux intervenir, quand il le faut, en vue d'améliorer l'accessibilité des soins – qui reste une source de préoccupation constante pour les Canadiens^{23,24}.

Pratiques novatrices en matière d'accès et de temps d'attente – Alberta

Au-delà des délais d'attente : Améliorer la gestion de l'aiguillage

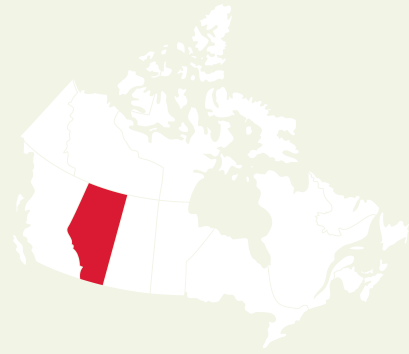
L'aiguillage joue un rôle essentiel dans l'accès aux services de santé, qu'il s'agisse d'une demande de rendez-vous avec un spécialiste, d'examen diagnostique ou de soins à domicile.

Mais une évaluation des initiatives portant sur l'aiguillage en Alberta a permis de constater que l'actuel processus avec une requête sur support papier manquait d'uniformisation et de transparence et se montrait souvent inefficace. Par exemple, les patients peuvent attendre leur diagnostic plus longtemps si des informations manquent au formulaire, si celui-ci n'est pas lisible, ou si la question clinique n'est pas claire. Si la communication entre les prestataires et avec les patients est déficiente, tout le monde se retrouve dans le brouillard : la requête a-t-elle été acceptée? Le rendez-vous a-t-il été pris? Quel était le résultat?^{S1}

Path to Care: Referral and Wait Time Measurement and Management est un plan pluriannuel mis en route par les Services de santé de l'Alberta afin d'améliorer l'accès et de réduire les temps d'attente pour des services de santé et lors de l'aiguillage. Ce plan comporte une initiative importante visant à améliorer la gestion de l'aiguillage et la mise en œuvre de formulaires de requête électroniques dans toute la province, à partir de travaux réalisés à l'étranger, notamment aux États-Unis, au Danemark, en Australie et en Nouvelle-Zélande^{S2}.

L'initiative de gestion de l'aiguillage compte trois volets principaux :

- ▶ **La restructuration des services par le partenariat et la participation** : L'initiative rapproche les soins primaires et spécialisés pour traiter des problèmes d'accès et d'aiguillage ainsi que de leurs processus.
- ▶ **Des lignes directrices et des circuits normalisés pour l'aiguillage** : L'initiative normalisera le processus d'aiguillage afin d'améliorer la communication, les transitions requises par les soins et les soins au patient. Des lignes directrices provinciales établies pour chaque population clinique préciseront le moment où on doit procéder à l'aiguillage, les informations requises, la définition de l'échelle d'urgence (urgent, régulier), les délais appropriés pour que le patient soit vu, les examens à faire avant de transmettre la requête et les autres éléments nécessaires pour que la demande soit complète.



- ▶ **Un processus d'aiguillage automatisé** : En Alberta, la majorité des formulaires de requête sont encore transmis par télécopie. Ceci exige une nouvelle saisie des données et engendre des erreurs dans les données, la perte des formulaires et un manque d'efficacité. La province projette d'automatiser le processus à court terme, avec à long terme l'objectif d'intégrer les formulaires concernant les aiguillages dans les dossiers médicaux électroniques actuels et les systèmes d'établissement des calendriers cliniques de toute la province^{S1}.

L'instauration progressive du cyber-aiguillage doit commencer en novembre 2013 pour les arthroplasties de la hanche et du genou, le cancer du sein et le cancer du poumon. Cette mise en œuvre permettra de faire l'essai de la plateforme du cyber-aiguillage avant de passer à une plus vaste application. L'existence de lignes directrices provinciales, de processus simplifiés et de champions cliniques dans ces domaines explique ces choix.

On travaille actuellement à constituer des équipes de méthodologie clinique qui feront la liaison avec les secteurs de services qui adoptent le cyber-aiguillage. Ces équipes collaboreront avec les parties prenantes afin de définir les processus à modifier et le soutien requis pour aider à réussir les transitions. La capacité au cyber-aiguillage sera développée dans le cadre de l'actuel Alberta Netcare Portal^{S3}.



Pour plus de renseignements sur cette pratique novatrice, consultez le Portail de l'innovation en santé du Conseil canadien de la santé à conseilcanadiendelasante.ca/innovation.

Réforme des soins de santé primaires et dossiers de santé électroniques

Engagements en vertu des accords

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

Réforme des soins de santé primaires

- ▶ Les premiers ministres s'entendent pour accélérer immédiatement la mise en œuvre des initiatives et pour accomplir des progrès annuels substantiels afin de faire en sorte que leurs citoyens reçoivent couramment les soins requis par l'entremise d'organismes ou d'équipes pluridisciplinaires de soins de santé primaires.
- ▶ Les premiers ministres s'entendent sur l'objectif d'assurer qu'au moins 50 % de leurs citoyens auront accès à un fournisseur pertinent de soins, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, aussitôt que possible, et que cet objectif sera pleinement réalisé d'ici huit ans.
- ▶ Les premiers ministres conviennent que chaque gouvernement établira et rendra public des cibles s'étalant sur plusieurs années qui permettront d'évaluer le progrès effectué vers l'atteinte de cet objectif¹.

Dossier de santé électronique

- ▶ Les premiers ministres conviennent d'accorder la priorité à la mise en œuvre du télédossier de santé et au perfectionnement des applications dans le domaine de la télésanté qui sont essentiels aux soins offerts en région rurale ou éloignée*. Le gouvernement du Canada fournira un soutien supplémentaire à Inforoute Santé du Canada pour réaliser cet objectif.
- ▶ Les premiers ministres s'engagent également à assurer une protection appropriée des renseignements personnels dans le contexte de la création d'un système national de télédossier de santé¹.

Plan décennal pour consolider les soins de santé, en 2004

Réforme des soins de santé primaires

- ▶ Les premiers ministres conviennent de créer le Réseau des pratiques exemplaires afin de partager des informations et de surmonter les obstacles à la progression de la réforme des soins de santé primaires, comme la portée de l'exercice professionnel. Les premiers ministres conviennent de rendre régulièrement des comptes sur les progrès réalisés².

Dossier de santé électronique

- ▶ Conscients de l'investissement substantiel effectué et des accomplissements réalisés jusqu'à ce jour, les premiers ministres conviennent d'accélérer la conception et la mise en œuvre des télédossiers, y compris la prescription électronique. Dans ce but, ils s'engagent à travailler avec Inforoute Santé du Canada pour concrétiser le projet des télédossiers. Ils ont aussi demandé de redoubler d'efforts dans le domaine de la télésanté afin d'améliorer l'accès pour les collectivités éloignées et rurales².



* Le Conseil canadien de la santé a fait un rapport sur la télésanté dans son Rapport de progrès 2012 : Renouvellement des soins de santé au Canada.

Ce que le Conseil de la santé a dit à propos des soins de santé primaires

- ▶ En 2008, le Conseil de la santé a fait rapport des progrès suivants dans les soins de santé primaires :
 - Un Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, d'un montant de 800 millions \$, a été créé pour financer les coûts de transition d'une vaste réforme des soins de santé primaires dans les provinces et les territoires, de 2000 à 2006, mais les fonds ont été surtout utilisés pour de petites initiatives.
 - Un Réseau de pratiques exemplaires a été mis en place pour partager les renseignements et les conseils entre les prestataires, mais il a été dissous en raison d'un manque de financement;
 - Les gouvernements et les organismes de la santé ont collaboré à une Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires et ont investi 9,5 millions \$ dans une campagne publicitaire de sept mois, en 2005-2006⁵.
- ▶ Dans son rapport de 2009, *Équipes à l'œuvre*, le Conseil de la santé a déterminé que 32 % des Canadiens avaient accès à plus d'un prestataire de soins de santé primaires et que les patients atteints de maladie chronique étaient plus susceptibles à 41 % d'avoir accès à de multiples prestataires²⁵.
- ▶ Depuis 2009, le Conseil de la santé a publié sept bulletins qui présentent des données principalement tirées du sondage international du Fonds du Commonwealth. Ces bulletins ont porté sur divers thèmes, entre autres sur les soins de santé primaires (dont leur accessibilité), la gestion des maladies chroniques, la coordination des soins et la participation des patients à leurs soins de santé²⁶⁻³².
- ▶ Dans son rapport de 2010, *Au point de rupture*, le Conseil de la santé a indiqué que le système de soins de santé primaires au Canada accusait un retard sur celui de pays similaires et que la réforme des soins de santé primaires ne progressait ni aussi rapidement, ni aussi largement, que nécessaire³³.

- ▶ Dans son rapport de 2012, *Soutien à l'autogestion pour les Canadiens atteints de maladies chroniques*, le Conseil de la santé a fait ressortir les obstacles ainsi que les facteurs de réussite, les possibilités et les ressources pour faire progresser le soutien à l'autogestion par son intégration aux soins de santé primaires et aux services de santé ancrés dans la communauté, avec l'appui de recherches continues dans les secteurs clés³⁴.

Ce que le Conseil a dit à propos des dossiers de santé électroniques

- ▶ Dans son rapport de 2010, *Décisions, décisions*, le Conseil de la santé a souligné que les dossiers de santé et les dossiers médicaux électroniques étaient des outils essentiels pour faciliter le processus décisionnel des médecins³⁵.
- ▶ En 2011, le Conseil de la santé a signalé que :
 - au Canada, 37 % des médecins utilisaient des dossiers de santé électroniques (DSE) en 2009;
 - en collaboration avec les provinces et les territoires, Inforoute Santé du Canada était presque parvenue à mettre en place les éléments essentiels du dossier de santé électronique (DSE) pour 50 % des Canadiens⁶.
- ▶ En 2013, le Conseil de la santé a signalé que :
 - l'utilisation des DSE avait plus que doublé depuis 2006, 57 % des médecins de soins primaires utilisant désormais les dossiers de santé électroniques;
 - en 2012, 43 % des médecins canadiens de soins primaires utilisaient couramment la technologie de l'ordonnance électronique, contre seulement 11 % en 2006³².



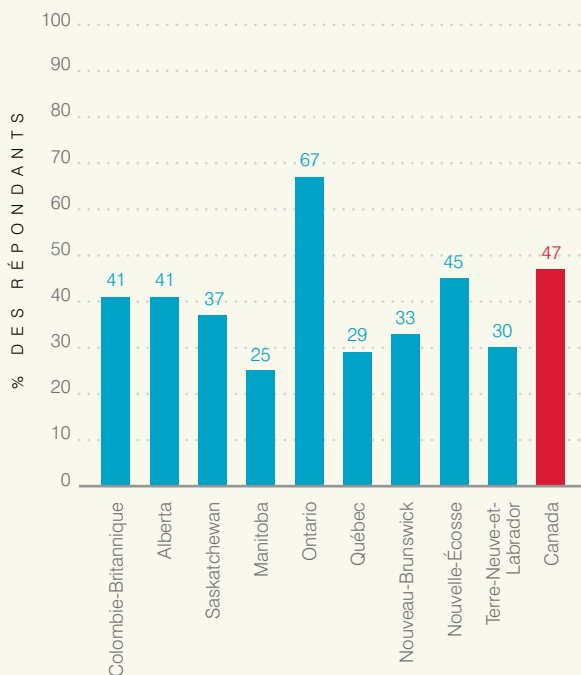
Progrès à ce jour

Dans l'accord sur la santé de 2003, les premiers ministres se sont concentrés sur les équipes interprofessionnelles et sur l'accès aux prestataires de soins de santé primaires 24 heures par jour, 7 jours sur 7. Dans le Plan décennal de 2004, ils ont placé l'accent sur le partage des pratiques exemplaires, l'accélération de l'utilisation des dossiers de santé électroniques et l'obligation de rendre compte des progrès de la réforme des soins de santé primaires.

Améliorer l'accès aux équipes interprofessionnelles

Les équipes interprofessionnelles renforcent la qualité et l'intégralité des soins de santé primaires, donnant accès aux patients à divers services de professionnels de la santé et menant à une amélioration de la santé et de la qualité de vie – surtout pour les patients atteints de maladies chroniques, les personnes âgées et les résidents des régions rurales ou éloignées³⁶⁻⁴⁴. Des équipes de ce type sont maintenant en place dans presque toutes les instances, mais leur composition et leur processus de concertation diffèrent à travers le pays²⁵.

Figure 2 : Comparaison provinciale des médecins qui disent que leurs patients peuvent consulter un médecin ou une infirmière après les heures de service de leur cabinet, sans devoir se rendre aux urgences dans un hôpital



Remarque : Les résultats pour l'Île-du-Prince-Édouard et les territoires ne sont pas donnés, en raison de la petitesse des échantillons.

Source : Conseil canadien de la santé. (2013). *Comment les médecins canadiens de soins primaires classent-ils le système de soins de santé? Résultats du Sondage international 2012 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires. Les soins de santé au Canada, c'est capital. Bulletin n° 7.* Toronto : Conseil canadien de la santé.

Cependant, la plupart des Canadiens n'ont pas accès à des soins de santé primaires en dehors des heures régulières de service. L'analyse faite par le Conseil de la santé à partir des données canadiennes du Sondage international 2012 du Fonds du Commonwealth auprès des médecins de soins primaires a montré que le pourcentage des cabinets médicaux qui offraient des soins après les heures régulières restait inférieur à 50 % dans toutes les provinces, à l'exception de l'Ontario³¹ (voir Figure 2). De même, dans son examen de l'accord sur la santé de 2004, le Comité sénatorial a entendu des témoins dire que les progrès restaient insuffisants pour garantir que 50 % des Canadiens aient accès à des équipes interprofessionnelles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7²⁰.

Faire rapport sur les soins de santé primaires

Un certain nombre de provinces font publiquement rapport de la réforme des soins de santé primaires dans leur instance, mais n'ont pas de cibles spécifiques en fonction desquelles mesurer leurs progrès. Là où des cibles existent, les indicateurs et les processus de rapports varient entre les instances. La plupart des instances ne font pas de rapport sur le pourcentage de leurs habitants qui ont accès à des équipes interprofessionnelles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Faire progresser la réforme des soins de santé primaires

Un rapport fait en 2012 par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé au sujet des politiques de soins de santé primaires montre que des progrès ont été accomplis dans l'élargissement des initiatives, par exemple sur le plan des approches collaboratives, des équipes interdisciplinaires, de la prévention des maladies, de la promotion de la santé et de la gestion des maladies chroniques. En revanche, il y a un manque d'uniformité dans les définitions, les politiques et la prestation des services, et bien souvent les progrès de la réforme des soins de santé primaires ne sont pas assez documentés ou partagés⁴⁵.

Le rapport indique que, bien que les équipes interprofessionnelles se multiplient rapidement, leurs rôles restent peu clairs et les équipes sont trop souvent « centrées sur le médecin » et non sur le patient. De plus, dans de nombreux secteurs, les médecins conservent des rôles traditionnels et les autres professionnels de la santé ne sont généralement inclus ni aux équipes, ni aux dialogues sur la réforme des soins de santé primaires. Le rapport conclut que le système de soins de santé primaires au Canada accuse un retard sur celui des autres pays et que le manque de données, de recherches et de systèmes interopérables d'information crée des obstacles supplémentaires aux progrès de cette réforme⁴⁵.

Un rapport de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal sur la réforme des soins de santé primaires au Canada montre qu'aucun progrès n'a été fait pour intégrer et coordonner les soins de santé primaires aux autres services de santé. Dans certains cas, le financement avait été insuffisant

pour effectuer les réformes nécessaires; dans d'autres, il avait été excessif, et le niveau de soutien n'avait donc pas pu être maintenu⁴⁶.

Les témoins au Comité sénatorial ont déclaré que les enjeux à relever dans le cadre de la réforme des soins de santé primaires comprenaient les modèles actuels de rémunération, le manque de mécanismes de gouvernance pour gérer et accomplir la réforme, ainsi que la nécessité de processus de financement conditionnel ciblé²⁰.

Cependant, le soutien financier apporté par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires a mené à des initiatives novatrices partout au pays. Le Comité sénatorial a entendu des témoins dire que ces modèles devaient être évalués et que les facteurs de réussite devaient être mis en évidence et appliqués de manière généralisée²⁰.

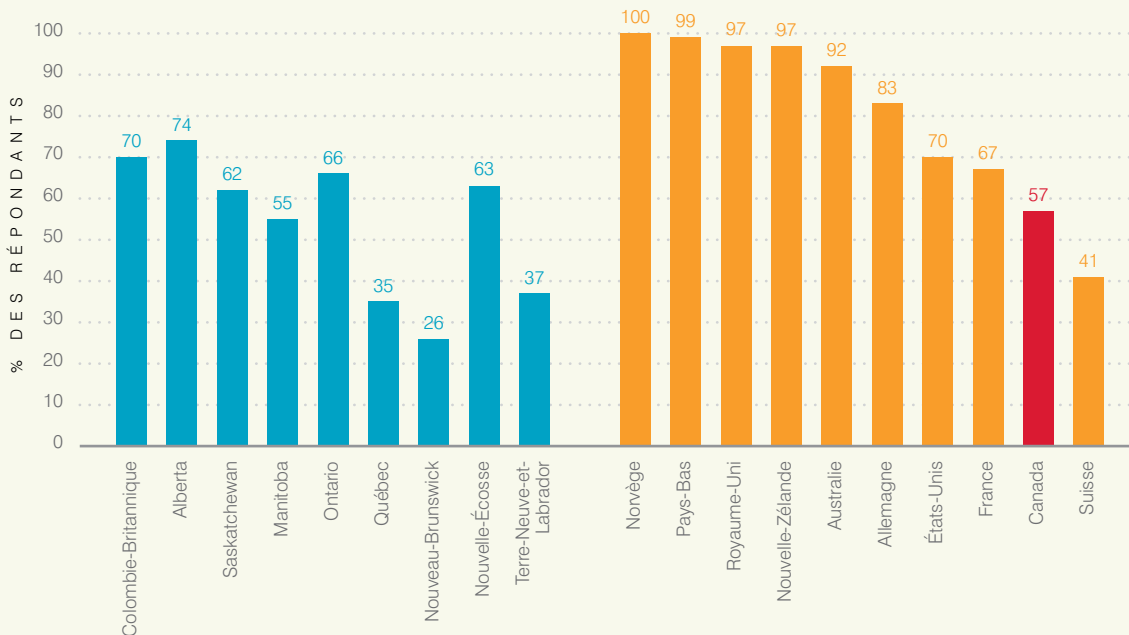
Le modèle de centres d'urgence collaboratifs est l'un des exemples d'une nouvelle approche aux soins de santé primaires récemment élaborée et partagée entre les instances. Ce modèle a été conçu par la Nouvelle-Écosse pour favoriser l'accès aux équipes interprofessionnelles de soins de santé primaires dans les petites communautés. Depuis, il a été adopté par la Saskatchewan, qui le mettra en place l'an prochain, et par l'Île-du-Prince-Édouard, qui ouvrira son premier centre cette année¹⁴.

Mettre en place les dossiers de santé et les dossiers médicaux électroniques

Le Plan décennal de 2004 a fait des DSE une priorité de la réforme des soins de santé primaires. Un DSE recueille les données de santé d'un patient dans tout le système de santé (p. ex., soins de santé primaires, imagerie diagnostique, examens de laboratoire et médicaments), donnant accès à ces renseignements aux professionnels de la santé autorisés, dans les divers services de prestation des soins. Les DME, comme ceux qui sont créés et gérés dans un milieu de soins de santé primaires, constituent l'un des éléments d'un DSE⁴⁷. Inforoute Santé du Canada travaille de concert avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et investit dans des projets novateurs qui visent à faire adopter les DSE partout au pays. De plus, Inforoute Santé du Canada travaille avec les commissaires à la protection de la vie privée, les ministères de la Santé et d'autres intervenants pour garantir la protection et la sécurité de l'information⁴⁸.

Toutes les instances ont accompli des progrès relativement aux DSE. En mars 2012, des DSE regroupant les six éléments fondamentaux (registres, imagerie diagnostique, systèmes d'information sur les médicaments, résultats d'examen en laboratoire, rapports cliniques et immunisation) étaient en place pour 52 % de la population canadienne⁴⁹. Les

Figure 3 : Comparaisons provinciales et internationales des médecins qui utilisent les dossiers de santé électroniques



Remarque : Les résultats pour l'Île-du-Prince-Édouard et les territoires ne sont pas donnés, en raison de la petitesse des échantillons.

Source : Conseil canadien de la santé. (2013). *Comment les médecins canadiens de soins primaires classent-ils le système de soins de santé? Résultats du Sondage international 2012 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires. Les soins de santé au Canada, c'est capital. Bulletin n° 7.* Toronto : Conseil canadien de la santé.

systèmes d'information sur les médicaments gagnent du terrain au Canada et 90 % des examens de radiologie les plus courants sont maintenant numériques. Toutefois, le manque d'interopérabilité entre les différents systèmes d'information freine les progrès des DSE. Selon les témoins au Comité sénatorial, il faudrait un investissement de 10 milliards \$ pour complètement mettre en place un système national interopérable de DSE²⁰.

L'analyse faite par le Conseil de la santé à partir des données canadiennes du Sondage international du Fonds du Commonwealth auprès des médecins de soins primaires, en 2012, a montré que l'utilisation des DME par les médecins avait augmenté de 34 % de 2006 à 2012. Lors du sondage de 2012, 57 % des médecins canadiens ont déclaré qu'ils se servaient des DME, mais l'utilisation de cet outil variait à travers le pays. Ainsi, plus de 70 % des médecins en Colombie-Britannique et en Alberta utilisaient des DME, contre seulement 26 % des médecins du Nouveau-Brunswick. Les provinces où au moins 50 % des médecins utilisaient des DME sont celles qui soutiennent l'adoption de cet outil par les médecins, comme le montrent nos profils des instances. Soulignons que, dans les comparaisons internationales, le Canada accuse un sérieux retard dans l'adoption des DME³¹ (voir Figure 3).

L'essentiel

- ▶ Les Canadiens n'ont toujours pas l'accès promis, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à des soins de santé primaires. Bon nombre d'instances procèdent à la réforme des soins de santé primaires par le biais d'investissements, d'innovations et de changements de politiques, mais l'absence de cibles et de mesures de rendement précises rend difficile l'évaluation des progrès en vue de cet objectif.
- ▶ Les provinces ont instauré des modèles novateurs de soins de santé primaires, qu'elles partagent de plus en plus, pour améliorer l'accès des patients à ce type de soins.
- ▶ Les dossiers de santé et les dossiers médicaux électroniques peuvent contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins de santé, et le nombre de prestataires qui les utilisent continue d'augmenter. Toutefois, l'adoption volontaire de ces dossiers et les problèmes continus d'interopérabilité entre les systèmes d'information restent un enjeu, ralentissant les progrès du Canada dans ce domaine.

Commentaire

Le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires a été créé en 2000 pour aider les provinces et les territoires à procéder à la réforme des soins de santé primaires dans leur instance respective et pour appuyer les initiatives pancanadiennes visant à surmonter les obstacles communs

et à faire avancer la réforme des soins de santé primaires à l'échelle nationale⁵⁰. Depuis, la réforme se fait dans les instances grâce à divers programmes, mais la nécessité d'un changement durable et systémique subsiste.

Les instances peuvent faciliter la mise en œuvre des innovations en matière de santé partout au pays en tirant des enseignements les unes des autres. Ainsi, le Conseil de la fédération a identifié plus de 60 modèles novateurs de soins axés sur le travail en équipe, au Canada, qui permettent d'offrir des soins centrés sur le patient aux habitants des régions rurales et éloignées aux personnes âgées et aux patients atteints de maladies chroniques⁵¹. Il est d'autant plus important de partager les pratiques novatrices que les systèmes de santé des provinces et des territoires font face à des enjeux communs. Des organismes ont commencé à identifier, évaluer et diffuser des pratiques novatrices, dont Agrément Canada, le Groupe de travail canadien sur l'amélioration des services de première ligne, l'Agence de la santé publique du Canada, l'Ivey International Centre for Health Innovation, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et le Conseil canadien de la santé (healthcouncilcanada.ca/innovation). En l'absence d'un réseau national de pratiques exemplaires, les provinces et les territoires doivent travailler avec ces organismes, et tous ensemble, pour partager l'information, renforcer la collaboration et adopter ou adapter les innovations qui permettent d'améliorer la prestation des soins et d'accentuer l'efficacité du système.

Les dossiers médicaux électroniques sont d'une importance critique pour améliorer les soins de santé primaires. Toutefois, en dépit des progrès, le rendement du Canada reste médiocre comparé à celui d'autres pays, dont les États-Unis, l'Australie et le Royaume-Uni³¹. Par le biais d'Inforoute Santé du Canada, le gouvernement fédéral doit continuer de travailler avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi qu'avec les équipes de soins de santé primaires, afin de cerner quels obstacles subsistent et quels stimulants sont requis pour accélérer des changements. Beaucoup de médecins ont déjà adopté les DME. Ceux qui ne l'ont pas encore fait doivent être incités à les utiliser et les gouvernements doivent sérieusement envisager de rendre obligatoire l'utilisation de ces dossiers.

Nous devons aussi envisager d'ouvrir l'accès des DME aux patients, pour répondre à leurs besoins et à leurs attentes quant à leurs données personnelles de santé. Certaines provinces travaillent déjà en ce sens. Ainsi, l'Alberta conçoit actuellement un dossier de santé personnel qui permettra aux patients de consulter et de gérer leur dossier sur Internet⁵².

Ce faisant, il faut aussi accélérer la mise en place des DSE. Bien que les DME soient surtout utiles aux médecins, ils deviennent particulièrement efficaces quand ils sont intégrés à des DSE complets. Sur le plan technique, il faut poursuivre les efforts d'interopérabilité. Et à mesure que la technologie évolue, il faut continuer d'investir dans notre infrastructure existante, et de la renforcer, sous peine de courir le risque de prendre encore plus de retard.

Pratiques novatrices dans les soins de santé primaires – Manitoba

Réduire les temps d'attente dans les soins de santé primaires

Quand nous sommes malades, la plupart d'entre nous souhaitent, et doivent, voir notre médecin de famille rapidement. Mais, selon les données d'un sondage de 2012 présentées dans le dernier bulletin du Conseil canadien de la santé consacré aux soins de santé primaires, seulement 47 % des médecins de soins primaires au Canada peuvent offrir à leurs patients un rendez-vous le même jour ou le lendemain^{S4}.

Le Manitoba met en place un modèle connu sous le nom d'accès avancé, une stratégie axée sur la réduction des temps d'attente dans les soins de santé primaires qui devrait permettre à la province d'atteindre son objectif de donner à tous les Manitobains accès à un médecin de famille d'ici 2015^{S5}. Le modèle de l'accès avancé est originaire des États-Unis et a gagné un certain nombre de provinces au Canada, dont la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan et l'Ontario, ainsi que certaines parties du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse^{S6-S9}. Le Manitoba a lancé son programme en 2007, en collaboration étroite avec le programme Access Improvement Measures (AIM) de l'Alberta (en Alberta, 55 % des cabinets de médecins de famille qui ont adopté ce modèle ont amélioré l'accès des patients). L'Alberta a fourni au Manitoba des outils ainsi que des consultations sur la stratégie et les leçons apprises^{S6,S10,S11}.

L'accès avancé applique une approche d'équipe à la planification, la mise en place et l'évaluation des changements qui réduisent les délais d'attente et favorisent l'accès le jour même. Au Manitoba, les cliniques de soins de santé primaires qui participent à ce programme de 12 mois créent une équipe d'amélioration comptant de trois à huit membres (dont un administrateur, un médecin, une infirmière, une réceptionniste, etc.); ceux-ci reçoivent huit jours de formation au cours du programme. Chaque clinique désigne ses propres objectifs et stratégies, et suit et évalue ses progrès au fur et à mesure^{S5}.

Avec le modèle de l'accès avancé, les cliniques manitobaines ont réalisé des progrès importants dans la réduction des temps d'attente pour les rendez-vous grâce à des stratégies comme celles qui suivent :

- ▶ limiter à deux — un long, un court — les types de rendez-vous (p. ex., prénatal, frottis cervico-vaginal, examen médical systématique) pour donner plus de souplesse à la prise de rendez-vous;
- ▶ réduire le nombre des clients défaillants par des rappels téléphoniques;
- ▶ munir toutes les salles d'examen des mêmes équipements, afin de réduire les contretemps causés lorsque les cliniciens sont à la recherche de ce dont ils ont besoin;
- ▶ clarifier les rôles pour que tous les membres de l'équipe puissent pratiquer leur profession dans l'intégralité de leur champ d'exercice;



- ▶ résoudre les problèmes liés aux politiques et aux habitudes de la clinique (p. ex., éviter de programmer l'absence de plus de 50 % des médecins en même temps)^{S11}.

Comme il arrive souvent lors de tout changement au système de santé, des difficultés se sont manifestées avec le temps. Par exemple, le temps consacré par les membres de l'équipe d'amélioration aux formations est un obstacle à la participation de certaines cliniques en raison des conséquences sur la charge travail et des incidences financières. Parmi les cliniques participantes, certaines équipes d'amélioration ont eu de la difficulté à obtenir du personnel et des médecins, le soutien nécessaire à la mise en œuvre des changements. Dans d'autres cas, les cliniques ont perdu du terrain à cause du renouvellement du personnel. La province prépare des stratégies afin d'essayer de résoudre ces problèmes^{S11}.

Jusqu'à présent, le Manitoba a appliqué le modèle de l'accès avancé dans 50 cliniques de soins de santé primaires et projette de l'étendre à 75 % de l'ensemble des cliniques de soins de santé primaires de toute la province^{S6,S11}.

Les résultats de l'année de formation et du processus de mise en œuvre sont prometteurs, mais les données à long terme ne sont pas encore disponibles^{S11}. Par exemple, une clinique a réussi à fixer des rendez-vous le jour même ou le jour suivant avec presque tous ses cliniciens. Les plaintes des patients liées aux temps d'attente sont tombées à zéro et la clinique a pu réaffecter un employé qui gérait auparavant les plaintes et les demandes de rendez-vous urgents^{S12}. Une autre clinique a réduit de 20 % son taux de clients défaillants^{S13}. La province prévoit une évaluation externe des quatre premières phases du programme (2007–2013) en 2013-2014^{S11}.



Pour plus de renseignements sur cette pratique novatrice, consultez le Portail de l'innovation en santé du Conseil canadien de la santé à conseilcanadiendelasante.ca/innovation.



Gestion des produits pharmaceutiques

Engagements en vertu des accords

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

Les premiers ministres reconnaissent qu'aucun Canadien ne doit assumer un fardeau financier excessif lorsqu'il doit recourir à la pharmacothérapie. Par conséquent, à titre d'élément essentiel des réformes proposées, les premiers ministres prendront des mesures, pour s'assurer que les Canadiens, peu importe où ils vivent, bénéficieront d'une couverture adéquate de type catastrophique des médicaments d'ordonnance.

À titre prioritaire, les premiers ministres s'entendent pour collaborer davantage afin de promouvoir l'utilisation optimale des médicaments et les meilleures pratiques en matière d'ordonnance, une meilleure gestion du coût des médicaments, y compris les médicaments génériques, et de s'assurer que les médicaments sont efficaces, sans danger et qu'ils puissent être obtenus au moment opportun à un coût raisonnable¹.

Plan décennal pour consolider les soins de santé, en 2004

Les premiers ministres demandent aux ministres de la Santé de créer un groupe de travail ministériel qui sera chargé d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques et de rendre compte des progrès réalisés. Cette stratégie inclura les mesures qui suivent :

- ▶ Formuler des options de couverture des médicaments onéreux au Canada;
- ▶ Créer la Liste nationale commune des médicaments admissibles fondée sur l'innocuité et la rentabilité;
- ▶ Accélérer l'accès à des médicaments de pointe pour répondre à des besoins demeurés insatisfaits en améliorant le processus d'approbation des médicaments;

- ▶ Renforcer l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments déjà sur le marché;
- ▶ Appliquer des stratégies d'achat visant à obtenir les meilleurs prix pour les médicaments et les vaccins destinés aux Canadiens;
- ▶ Intensifier l'intervention pour influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé de sorte que les médicaments soient utilisés uniquement lorsque le besoin est réel et que le médicament convienne bien au problème;
- ▶ Élargir la prescription électronique en accélérant l'élaboration et le lancement des télédossiers de santé;
- ▶ Accélérer l'accès à des médicaments non brevetés et viser la parité internationale des prix des médicaments non brevetés;
- ▶ Améliorer l'analyse des générateurs de coûts et de la rentabilité, y compris les pratiques exemplaires incluses dans les politiques des régimes d'assurance-médicaments².





Ce que le Conseil de la santé a dit à propos de la gestion des produits pharmaceutiques

- ▶ Dans son rapport de 2008, *Relancer la réforme*, le Conseil de la santé a fait savoir que les progrès quant à la couverture des médicaments onéreux étaient au point mort et qu'il n'y avait pas eu de progrès adéquats en vue de garantir l'innocuité et la pertinence des médicaments prescrits⁵.
- ▶ Dans son rapport de 2009, *Stratégie nationale en matière de produits pharmaceutiques : Une ordonnance non remplie*, le Conseil de la santé a indiqué que les gouvernements pouvaient s'attaquer individuellement à la réforme des produits pharmaceutiques, et qu'ils le faisaient, mais qu'une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques était essentielle pour garantir un accès équitable aux Canadiens, grâce à une action collective⁵³.
- ▶ Dans son rapport de 2010, *Prix et accès des médicaments génériques au Canada*, le Conseil de la santé a examiné les répercussions des coûts élevés des médicaments génériques au Canada et a proposé des options pour les réduire, tout en minimisant les conséquences négatives sur les intéressés⁵⁴.
- ▶ Dans son rapport de 2010, *Surveiller les médicaments d'ordonnance, veiller à la sécurité des Canadiens*, le Conseil de la santé a présenté des recommandations visant à instaurer une surveillance adéquate des médicaments, pour garantir leur innocuité et leur efficacité après leur mise en marché⁵⁵.
- ▶ En 2011, le Conseil de la santé a signalé que :
 - bien que chaque instance offre une forme de régime public d'assurance-médicaments, toutes n'ont pas un régime universel incluant une couverture des médicaments onéreux;
 - le rôle des pharmaciens s'élargit, pour inclure l'évaluation de la médication et le renouvellement des ordonnances;
 - en 2010, tous les premiers ministres se sont engagés à faire des achats groupés de produits pharmaceutiques, pour réaliser des économies;
 - environ un tiers des pharmaciens communautaires et environ la moitié des pharmacies des services d'urgence et des hôpitaux ont accès à un système d'information sur les médicaments, mais la mise en place d'un tel système varie au Canada⁶.

Progrès à ce jour

L'objectif de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques était que tous les Canadiens puissent obtenir les médicaments dont ils ont besoin, sans assumer de fardeau financier excessif, peu importe où ils vivent. Cette stratégie comportait neuf engagements précis, axés sur les questions de coûts, de pertinence et d'innocuité.

Traiter de la couverture des médicaments onéreux

Toutes les provinces, à l'exception du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard, fournissent une couverture des médicaments onéreux – assurée aux particuliers et aux familles pour qui le coût des médicaments représente un fardeau financier excessif. Actuellement, le Nouveau-Brunswick élabore un nouveau régime d'assurance-médicaments pour répondre aux besoins des personnes qui ne sont pas assurées et de celles qui ont de grandes difficultés à payer leur médicaments⁵⁶. En mai 2013, l'Île-du-Prince-Édouard a annoncé que le programme de couverture des médicaments onéreux entrera en vigueur le 1^{er} octobre 2013⁵⁷. Parmi les autres provinces, la couverture des médicaments onéreux varie – certaines prennent en charge le coût de tous les médicaments au-delà d'un niveau ciblé sur le revenu, tandis que d'autres ne couvrent qu'une partie des coûts. Parmi les territoires, le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest offrent une couverture partielle des médicaments onéreux; le Yukon ne prend pas en charge ces médicaments.

Le gouvernement fédéral offre une couverture des médicaments onéreux, avec franchise, aux membres inscrits et admissibles des Premières Nations ainsi qu'aux Inuits reconnus, par le biais de ses Services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuits⁵⁸. Les employés de la fonction publique fédérale, les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, les députés, les juges fédéraux et les anciens combattants canadiens bénéficient d'une couverture des médicaments onéreux dans le cadre du Régime de soins de santé de la fonction publique¹⁴.

Créer une liste nationale des médicaments

Bien que l'engagement de créer une liste nationale des médicaments n'ait pas été tenu, toutes les provinces et le Yukon ont maintenant une liste des médicaments, ainsi qu'un processus d'examen des médicaments qui fait place aux commentaires du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). Dans sa présentation au Comité sénatorial, l'ACMTS a déclaré que, bien que les instances ne soient pas contraintes de se conformer aux recommandations du PCEM, elles les suivent 90 % du temps. Selon d'autres témoins, les recommandations du PCEM ont contribué à contrôler les coûts et à harmoniser les listes des médicaments. Cependant, certains témoins ont déclaré que la nécessité d'une liste nationale subsistait²⁰.

L'Association canadienne du diabète a aussi identifié plusieurs enjeux posés par le processus actuel d'examen des médicaments, entre autres le dédoublement continu des processus d'examen et l'inégalité de l'accès aux médicaments en raison d'incohérences entre les recommandations du PCEM et les décisions des provinces et des territoires quant à leur régime d'assurance-médicaments⁵⁹. L'Association canadienne du diabète recommande de clarifier tous les aspects du processus d'examen des médicaments pour que ce processus tienne compte de l'expérience vécue par les patients et pour que la transparence et la responsabilisation soient renforcées⁶⁰.

Traiter du prix des médicaments grâce à des stratégies conjointes de fixation des prix

Une étude sur les prix des médicaments génériques, faite en 2009 par le Centre for Health Services and Policy Research à l'Université de la Colombie-Britannique, a constaté que ces prix sont élevés au Canada comparativement aux prix internationaux. L'étude a comparé les prix des médicaments génériques les plus couramment prescrits en Ontario aux prix des régimes publics d'assurance-médicaments aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande. Elle a conclu que, si l'Ontario avait payé le plus bas des prix de comparaison, cette province aurait pu rembourser tous les médicaments génériques et économiser 87 millions \$ en une année⁶¹.

Dans le cas des médicaments d'origine, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) examine et réglemente les prix demandés par les fabricants pour les médicaments brevetés au Canada pour que ces prix ne soient pas excessifs. Cependant, le CEPMB n'a aucunement le droit de réglementer les prix établis par les grossistes ou les pharmacies. Dans son rapport de 2011, le CEPMB a comparé les prix canadiens des médicaments brevetés à ceux en vigueur dans sept autres pays (France, Allemagne, Italie, Suède, Suisse, Royaume-Uni et États-Unis) et a conclu que les prix canadiens se situaient généralement dans la fourchette de leurs prix⁶².

Toutefois, un rapport de 2010 précise que le CEPMB situe les prix canadiens au prix médian de ces pays sélectionnés, dont la plupart ont une industrie pharmaceutique puissante et pratiquent généralement des prix plus élevés. Ce rapport fait valoir que, si d'autres pays dont l'industrie pharmaceutique est similaire à celle du Canada étaient inclus – comme l'Autriche, l'Australie, la Finlande, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande et l'Espagne – les prix moyens des médicaments d'origine en 2008 auraient été de 11 % inférieurs, entraînant des économies de 1,43 milliard \$⁶³.

La meilleure approche à suivre pour réduire à la fois les prix des médicaments d'origine et ceux des médicaments génériques au Canada a fait l'objet de nombreux débats et discussions⁶³⁻⁶⁶ et le Conseil de la santé a présenté diverses options aux décideurs de politiques dans son rapport sur les prix des médicaments génériques⁵⁴.

En 2010, les premiers ministres ont créé une Alliance pancanadienne pour l'achat des médicaments, par le biais du Conseil de la fédération, afin de regrouper les achats de médicaments d'origine courants et de fournitures et d'équipement médicaux, le cas échéant. Cette initiative a été élargie en 2012 et elle a déjà permis de réaliser des économies^{14,67,68}. L'Alliance tire parti du pouvoir d'achat global des instances pour obtenir une réduction des prix des médicaments, multiplier les options de pharmacothérapies et appuyer des décisions plus cohérentes quant aux listes des médicaments, dans tout le pays¹⁴.

En 2012, le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé, du Conseil de la fédération, a lancé une autre initiative collaborative – cette fois pour réduire le prix des médicaments génériques au Canada⁶⁸. L'Initiative pour des médicaments génériques à prix concurrentiel déterminera un processus national de fixation des prix pour les médicaments génériques, en vue de prix plus comparables sur le plan international¹⁴.

Entre-temps, toutes les instances, à l'exception du Manitoba et des territoires, ont instauré des politiques visant à réduire les prix des médicaments génériques. La plupart des provinces réduisent graduellement les prix de ces médicaments à 35 % des prix des médicaments d'origine. L'Ontario et la Colombie-Britannique les réduisent à 25 % des prix des médicaments d'origine. La plupart de ces changements de prix ont déjà été faits; d'autres suivront au cours des mois prochains.

Le Conseil de la fédération a aussi annoncé que les provinces et les territoires collaboraient actuellement pour déterminer les prix de six médicaments génériques couramment utilisés, les ramenant à 18 % du prix de leur équivalent d'origine. Cette initiative devrait permettre d'économiser jusqu'à 100 millions \$ aux régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments. Les nouveaux prix sont entrés en vigueur le 1^{er} avril 2013⁶⁹.

Analyser les générateurs de coûts

L'ICIS recueille et analyse des données sur le coût et l'utilisation des médicaments, par le biais de la base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits. La Base de données sur les dépenses nationales de santé est aussi une source de renseignements sur l'utilisation et les dépenses de médicaments⁷⁰. Dans un récent rapport, l'ICIS a constaté que, depuis 2005, les dépenses de médicaments n'avaient pas augmenté aussi rapidement que les dépenses pour les hôpitaux, les médecins ou l'ensemble des soins de santé. De 1998 à 2007, les principaux déterminants des coûts ont été une augmentation de la consommation de médicaments et des changements dans la composition des traitements, résultant principalement de modifications aux directives de traitement, à une hausse de la prévalence des maladies et à l'adoption de nouveaux médicaments⁷¹.

Des analyses de coûts des dépenses de médicaments au Canada sont aussi données dans le *Rx Atlas* de 2008, qui ventile ces dépenses par instance et indique les facteurs de la hausse des prix des médicaments dans chacune des instances, au fil du temps. Les conclusions présentées dans cet atlas montrent que les dépenses de médicaments varient grandement au Canada. L'atlas analyse aussi les dépenses de médicaments en fonction de l'âge, signalant que ces dépenses augmentent rapidement pour les personnes âgées de plus de 45 ans⁷². Une nouvelle édition de l'atlas paraîtra en 2013⁷³.

Renforcer l'innocuité et l'efficacité des médicaments sur le marché

Des processus efficaces de rapport et de surveillance, tout au long des phases précédant et suivant la mise en marché des médicaments, sont essentiels pour en garantir l'innocuité. Or le rapport 2011 du vérificateur général sur la réglementation des produits pharmaceutiques a conclu que Santé Canada ne s'était pas acquitté adéquatement de la plupart de ses responsabilités fondamentales de pré-commercialisation relativement aux essais cliniques et à l'examen des demandes d'homologation, et que cet organisme n'avait pas été la hauteur des attentes en matière de pharmacovigilance post-commercialisation⁷⁴. En réponse, Santé Canada a pris plusieurs mesures d'action, améliorant notamment l'accès du public à l'information sur les essais cliniques, les demandes d'homologation et les décisions d'approbation des médicaments⁷⁵.

Le Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments (RIEM), qui a été créé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), finance des recherches post-commercialisation indépendantes sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments, par le biais de collaborations canadiennes et internationales⁷⁶. Le RIEM finance actuellement sept équipes de recherche regroupant plus de 150 chercheurs au Canada⁷⁷. En octobre 2011, le gouvernement fédéral a annoncé un financement de 17,5 millions \$ sur cinq années, par l'entremise du RIEM, pour appuyer le Canadian Network for Observational Drug Effect Studies (CNODES). Le CNODES est un nouveau réseau de centres de recherches en collaboration qui mène des recherches indépendantes sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments homologués pour le marché canadien. Ce réseau facilitera la collaboration, renforcera les capacités de recherche sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments, et favorisera la diffusion des connaissances aux utilisateurs, entre autres aux décideurs de politiques. Le CNODES a accès aux dossiers de santé et de médicaments d'ordonnance

de plus de 40 millions de Canadiens, ce qui lui donne une solide base de données pour ses recherches sur l'innocuité des médicaments. Le CNODES élabore des protocoles pour permettre des analyses cohérentes dans chacune des provinces. Ses données sont confidentielles et présentées sous forme sommaire pour en garantir l'anonymat⁷⁸⁻⁸⁰.

La pharmacovigilance post-commercialisation relève de la responsabilité du gouvernement fédéral et c'est un facteur crucial de l'innocuité des médicaments dans notre pays. Cependant, un rapport commandité en 2010 par le Conseil de la santé pour évaluer l'innocuité des médicaments au Canada a constaté que Santé Canada n'a pas le pouvoir d'exiger des sociétés pharmaceutiques qu'elles mènent des études de post-commercialisation, ni qu'elles fassent des changements d'étiquetage en cas de problèmes d'innocuité. De plus, Santé Canada n'est pas en droit de surveiller les registres des patients conservés par les sociétés pharmaceutiques, ni d'imposer des sanctions⁸⁵.

Pour contrer en partie ces limitations, Santé Canada a récemment publié *La feuille de route de la réglementation des aliments et des produits de santé*. Ce document présente une approche graduelle pour améliorer les cadres existants de réglementation, afin de garantir plus de transparence et d'efficacité et de refléter le cycle de vie complet des produits. Cependant, les cadres de réglementation sont axés sur la pré-commercialisation et ne prévoient que des pouvoirs restreints et des exigences limitées une fois que les médicaments sont sur le marché⁸¹.

Soucieuse d'accentuer la participation du public dans la pharmacovigilance post-commercialisation, Santé Canada a lancé l'initiative MedEffect^{MC} Canada en 2005. Le site de MedEffect^{MC} Canada ouvre aux consommateurs, aux patients et aux professionnels de la santé un accès à de nouvelles données sur l'innocuité des produits de santé et permet aux particuliers de signaler des effets indésirables. Cette initiative participe également aux activités de surveillance et aux consultations après la mise en marché, dans le but de concevoir et d'instaurer des politiques efficaces de réglementation des produits de santé commercialisés⁸².

En septembre 2012, Santé Canada a aussi créé un Cadre de vigilance des produits de santé pour faciliter le recueil, le traitement, la surveillance et l'évaluation des renseignements, ainsi que la gestion des risques, tout au long du cycle de vie d'un produit médicamenteux⁸³.

En mars 2013, la question de la pharmacovigilance après l'homologation des produits pharmaceutiques a aussi fait l'objet d'un rapport du Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Ce rapport, qui a fait appel aux témoignages experts du Conseil canadien de la santé et d'autres groupes d'intervenants, a reconnu la contribution de Santé Canada et du RIEM à une surveillance plus active. Cependant, le Comité a exprimé ses inquiétudes quant au fait que le Canada ne puisse pas surveiller efficacement les médicaments après leur mise en marché, surtout comparativement aux progrès faits en matière de réglementation internationale de post-commercialisation. Le Comité a notamment recommandé de faire progresser les réformes de loi et de réglementation, garantir l'indépendance du RIEM, renforcer l'efficacité et la capacité du RIEM à recueillir des données, et veiller à l'obligation de faire des rapports pertinents sur les effets indésirables des médicaments⁸⁴.

Élargir le système d'ordonnance électronique et le champ d'exercice des pharmaciens

Des projets de système d'information sur les médicaments ont été mis en place, ou sont au stade de la planification, dans toutes les provinces et tous les territoires, sauf dans les Territoires du Nord-Ouest. Le pourcentage des médecins qui disent prescrire des médicaments par voie électronique varie de 10 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 58 % en Alberta³¹. Une étude commanditée par Inforoute Santé du Canada a montré que, jusqu'en 2010, l'utilisation des systèmes d'information sur les médicaments et d'ordonnance électronique avait permis de réaliser des économies de 436 millions \$ au Canada. Les économies résultaient d'une amélioration de l'innocuité et de la qualité, d'une réduction des effets indésirables, d'une meilleure observance thérapeutique, d'un renforcement de l'efficacité des services des pharmaciens et d'une meilleure gestion rehaussée des coûts des médicaments⁸⁵.

L'élargissement du champ d'exercice des pharmaciens constitue une étape importante pour garantir l'utilisation sécuritaire et efficace des médicaments, ainsi qu'un moyen d'accroître l'efficacité du système. Actuellement, l'envergure du champ d'exercice des pharmaciens varie au pays. Selon l'Association des pharmaciens du Canada, le champ d'exercice des pharmaciens inclut huit activités : renouveler d'urgence les ordonnances, renouveler/prolonger les ordonnances, modifier la posologie, la formulation des médicaments, faire des substitutions thérapeutiques, prescrire des médicaments pour des troubles mineurs, prescrire une pharmacothérapie, demander et interpréter des examens

en laboratoire, et administrer un médicament par injection. L'Alberta et le Nouveau-Brunswick sont les provinces qui ont le plus élargi le champ d'exercice de leurs pharmaciens, en incluant sept de ces huit activités; la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse en ont inclus six. Le Nunavut et le Yukon sont les seules instances qui n'ont pas modifié le champ d'exercice de leurs pharmaciens⁸⁶.

L'essentiel

- ▶ Les efforts de concertation entre les provinces et les territoires pour négocier une réduction des prix des médicaments d'origine et des médicaments génériques ont commencé à donner des résultats positifs. De nombreuses provinces ont adopté des politiques pour réduire les prix des médicaments génériques.
- ▶ Le Programme commun d'évaluation des médicaments de l'ACMTS peut être considéré comme un exemple d'approche collaborative, étant donné que la majorité de ses recommandations sont adoptées par les gouvernements provinciaux. Cependant, parallèlement au PCEM, des organismes provinciaux similaires d'examen continuent d'exister, ce qui cause des doublons ainsi que des retards d'homologation. Le Canada n'a toujours pas de liste commune des médicaments.
- ▶ Santé Canada n'a toujours qu'un pouvoir restreint sur la surveillance des médicaments et sur leur retrait après leur mise en marché. Il serait bon d'apporter des changements supplémentaires de réglementation pour protéger les Canadiens des risques des effets indésirables des médicaments.
- ▶ De nombreuses provinces ont élargi le champ d'exercice de leurs pharmaciens, donnant ainsi un meilleur accès aux patients aux soins et aux médicaments dont ils ont continuellement besoin. Les systèmes d'information sur les médicaments et d'ordonnance électronique facilitent le processus. Néanmoins, les écarts entre les champs d'exercice des pharmaciens au Canada continuent d'exercer inutilement des pressions sur les médecins de famille, les contraignant à continuer de dispenser des services qui pourraient être fournis par des pharmaciens.

Commentaire

Conformément au Plan décennal, les premiers ministres sont convenus d'établir une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, pour relever les enjeux communs liés à la gestion de ces produits. Cette stratégie avait aussi pour objectif de créer des règles de jeu équitables, pour que tous les Canadiens aient accès à des médicaments sécuritaires, appropriés, à prix abordable.

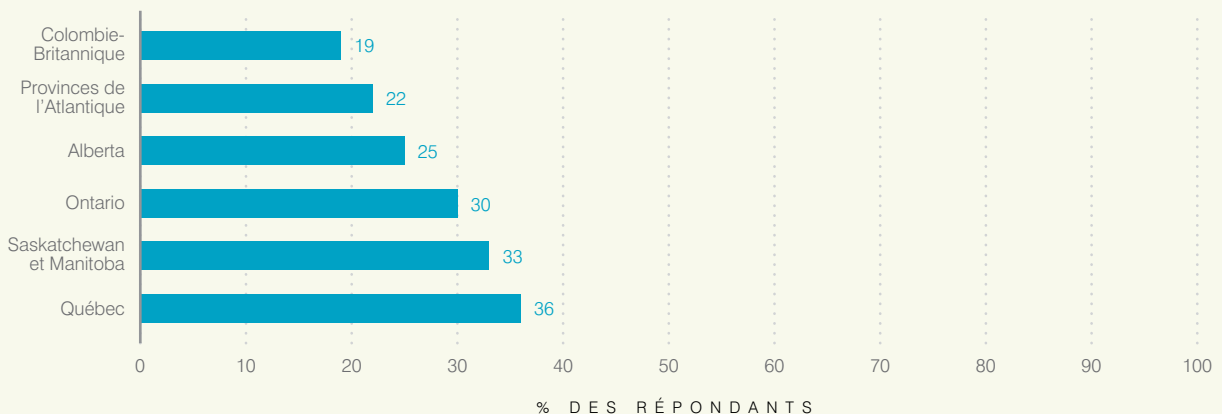
Les gouvernements provinciaux ont fait certains des changements préconisés par la stratégie nationale. Pourtant, le pourcentage des Canadiens qui estiment avoir un meilleur accès aux médicaments actuellement qu'il y a cinq ans reste assez faible²³ (voir Figure 4).

La plupart des instances ont instauré une couverture des médicaments onéreux. Toutefois, en raison des écarts dans les mesures de loi, les régimes d'assurance-médicaments et les ressources provinciales, l'accès est inéquitable au Canada. De plus, toutes les instances n'ont pas adopté de politique comparable pour réduire les coûts des médicaments génériques, mais les récents efforts de concertation faits par l'entremise du Conseil de la fédération contribuent à une baisse des prix dans toutes les provinces et tous les territoires. Le champ d'exercice des pharmaciens continue aussi de beaucoup varier au Canada et les progrès de l'ordonnance électronique restent lents dans bien des instances.

En l'absence d'un engagement soutenu envers la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, les progrès sur les priorités du Plan décennal restent inégaux. La volonté qu'ont les gouvernements provinciaux/territoriaux de collaborer à des initiatives conjointes de fixation des prix et à suivre mutuellement leurs exemples sur les politiques de prix des médicaments génériques suggère que le temps est peut-être venu de réexaminer collectivement les priorités de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Une collaboration face à ces priorités pourrait aider les gouvernements à trouver et à appliquer des solutions de gestion des produits pharmaceutiques, pour répondre aux besoins pressants des instances, maîtriser les coûts des médicaments et garantir que tous les Canadiens ont accès aux médicaments dont ils ont besoin, peu importe leur province ou leur territoire de résidence.

L'amélioration de l'accès aux médicaments doit se faire dans le respect de la garantie de leur innocuité. La feuille de route de réglementation publiée par Santé Canada définit des plans pour renforcer la transparence quant à la sécurité des médicaments. Mais une feuille de route ne suffit pas. Il faut aussi accélérer la mise en œuvre de mesures plus efficaces de pharmacovigilance des médicaments commercialisés, pour que les Canadiens puissent continuer de croire à l'innocuité de leurs médicaments.

Figure 4 : Comparaison régionale du pourcentage de la population qui considère que l'accès aux médicaments est plus facile actuellement qu'il y a cinq ans.



Source des données : Ipsos Reid. (2013). *Checking in with Canadians on their healthcare system: 2013 score cards on ease of access, patient experience.*

Pratiques novatrices dans la gestion des produits pharmaceutiques – Ontario

Améliorer la sécurité des patients avec le bilan comparatif des médicaments électronique

Des études ont montré qu'une forte proportion des événements indésirables dont souffrent les patients à l'hôpital ou après leur congé sont liés aux médicaments^{S14}.

La réduction du nombre d'événements indésirables trouve en partie sa solution dans l'amélioration du bilan comparatif des médicaments — l'examen systématique de tous les médicaments pris par un patient lorsqu'il est admis à l'hôpital, transféré à un autre service ou à un autre prestataire, ou lors de sa sortie de l'hôpital. Un bilan comparatif efficace assure que les médicaments ajoutés, changés ou supprimés sont évalués et répertoriés adéquatement et que des informations complètes sur les médicaments sont communiquées au patient et à l'ensemble de ses prestataires de soins^{S14}.

Agrément Canada a fait du bilan comparatif des médicaments un objectif prioritaire en ce qui concerne la sécurité des patients^{S14} et des organisations à travers tout le pays en ont pris note. Afin d'améliorer sa performance dans ce secteur, l'Hôpital d'Ottawa effectue un projet pilote sur une solution électronique — une approche qui lui a valu la première place dans la catégorie du bilan comparatif des médicaments à l'édition 2012 des prix Pionniers du Défi Résultats ImagineNation d'Inforoute Santé du Canada^{S15}.

L'application pour le bilan comparatif des médicaments de l'hôpital est totalement intégrée à son dossier médical électronique mobile et on peut l'utiliser au bureau sur un ordinateur, ou au chevet du malade, sur une tablette. Elle offre des menus déroulants, des drapeaux, des invites et divers outils pour les cliniciens. Elle permet aussi la vérification électronique du processus dans sa totalité afin d'établir l'adhésion au traitement et de le gérer.

En novembre 2011, l'hôpital a lancé auprès de 80 patients un projet pilote qui ciblait le mouvement des patients de l'urgence vers trois services médicaux. Les premiers résultats étaient prometteurs :

- ▶ Le taux d'achèvement de l'établissement du profil pharmaceutique d'un patient est passé à 100 %.
- ▶ Plus de 70 % des médecins ont accompli le bilan comparatif des médicaments dans les 24 heures suivant l'admission du patient.



- ▶ La moyenne des contradictions inexplicables dans les médicaments au moment du congé du patient est passée de trois à 0,7 par ordonnance^{S16}.

Il a toutefois fallu arrêter ce projet pilote en février 2012 afin de tenir compte d'un certain nombre de problèmes. Par exemple, la base de données des médicaments de l'application pour le bilan comparatif ne concordait pas adéquatement avec la base de données de l'hôpital pour les médicaments des patients hospitalisés, ce qui ralentissait le processus du bilan comparatif. Les activités de normalisation du processus du bilan comparatif des médicaments ont aussi mis en évidence un plus vaste problème : l'établissement d'un profil pharmaceutique et d'un bilan comparatif des médicaments pour chaque patient prenait davantage de temps au personnel de pharmacie et aux médecins. Les médecins, en particulier, ont fait part de leurs préoccupations.

L'hôpital s'emploie à résoudre ces problèmes. L'acquisition et l'intégration d'une nouvelle base de données devrait améliorer le processus de comparaison des médicaments et l'équipe du projet collabore étroitement avec les médecins afin de répondre à leurs préoccupations et d'obtenir leur soutien à cette initiative. Le projet pilote a été relancé en janvier 2013 et un autre projet pilote en chirurgie vasculaire est prévu pour mars. Une mise en place progressive sur une vaste échelle devrait se réaliser dans tout l'hôpital au milieu de 2013^{S16}.



Pour plus de renseignements sur cette pratique novatrice, consultez le Portail de l'innovation en santé du Conseil canadien de la santé à conseilcanadiendelasante.ca/innovation.

Prévention des maladies, promotion de la santé et santé publique

Engagements en vertu des accords

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

- ▶ Les premiers ministres chargent les ministres de la Santé de poursuivre la mise au point de stratégies pour promouvoir de saines habitudes et d'élaborer des initiatives en vue de réduire les écarts dans l'état de santé des Canadiens.
- ▶ Les premiers ministres reconnaissent également le rôle clé de l'immunisation dans la prévention des maladies. Ils invitent les ministres de la Santé à adopter une stratégie nationale en matière d'immunisation¹.

Plan décennal pour consolider les soins de santé, en 2004

- ▶ Les premiers ministres reconnaissent que des progrès ont été accomplis dans l'ensemble des provinces et des territoires afin de renforcer le système de santé publique du Canada, notamment, la création de l'Agence de santé publique du Canada. Tous les gouvernements s'engagent à poursuivre la collaboration et la coopération pour élaborer, par l'entremise du nouveau Réseau de santé publique, des réponses coordonnées aux éclosions de maladies infectieuses et à d'autres urgences de santé publique.
- ▶ Par l'entremise de la Stratégie nationale d'immunisation, le gouvernement du Canada s'engage également à renforcer les investissements récents dans l'immunisation en investissant en permanence dans les vaccins nécessaires, qui sont reconnus comme le placement le plus rentable dans la santé publique. Cette stratégie apportera une nouvelle protection aux enfants canadiens.
- ▶ Par ailleurs, les gouvernements s'engagent à accélérer l'élaboration d'une Stratégie pancanadienne pour la santé publique. Pour la première fois, ils établiront des buts et des cibles pour améliorer l'état de santé de la population canadienne en s'alliant à des experts. Cette stratégie inclura des activités touchant des facteurs de risque communs, comme l'inactivité physique, ainsi que des stratégies intégrées de lutte contre les maladies. Les premiers ministres s'engagent à travailler dans divers secteurs au moyen d'initiatives comme Écoles en santé².





Ce que le Conseil de la santé a dit à propos de la prévention des maladies, de la promotion de la santé et de la santé publique

- ▶ En 2008, le Conseil de la santé a fait rapport des progrès suivants dans le secteur de la prévention des maladies, de la promotion de la santé et de la santé publique :
 - six Centres de collaboration nationale en santé publique ont été créés au Canada en 2005;
 - la Stratégie nationale d'immunisation, lancée en 2003, a permis de mettre en place des programmes plus cohérents d'immunisation au Canada;
 - en 2005, les ministres de la Santé se sont donné pour objectif d'obtenir une augmentation de 20 % dans le pourcentage des Canadiens qui sont physiquement actifs, ont une alimentation saine et conservent un poids santé, mais le financement fédéral ne s'est pas matérialisé;
 - une Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques, représentant un investissement de 300 millions \$, a été annoncée en 2005, ciblant des activités relatives à des maladies spécifiques;
 - les Objectifs de santé pour le Canada, qui soulignent les déterminants sociaux de la santé, ont été adoptés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en 2005⁵.
- ▶ En 2010, le rapport *Changement de vitesse* a exploré les répercussions des déterminants sociaux de la santé sur les résultats de santé. Il a montré que, pour avoir une population en meilleure santé, il faudrait des mesures d'action collectives et concertées de la part des multiples ministères gouvernementaux et d'autres secteurs de la société, de sorte à réduire les inégalités en matière de santé⁸⁷.

Progrès à ce jour

Bien que le domaine de la prévention des maladies, de la promotion de la santé et de la santé publique soit vaste, les premiers ministres ont décidé il y a 10 ans d'orienter leurs efforts sur la prévention et l'intervention en cas d'éclotions de maladies infectieuses, l'élaboration d'une Stratégie nationale d'immunisation et la mise en œuvre d'une Stratégie pancanadienne pour la santé publique, axée sur les facteurs de risque des maladies chroniques.

Renforcer le système de santé publique du Canada

En 2005, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont créé le Réseau pancanadien de santé publique (RSP) pour renforcer la capacité de santé publique du Canada, faciliter la collaboration intergouvernementale dans ce domaine, et préparer des interventions en cas d'événements ou de menaces dans le domaine de la santé publique. En 2010-2011, le RSP a pris plusieurs initiatives. Il a notamment renouvelé les contrats de vaccin antigrippal pandémique et annuel, et il a conçu des options pour faire appel aux compétences autochtones en matière de santé publique au sein du RSP⁸⁸.

Préparer des interventions coordonnées en cas d'éclotions de maladies et d'urgences

Toutes les instances ont mis en place des programmes et des mesures pour réagir en cas d'éclotions de maladies infectieuses et de pandémies. Lors de son examen de l'accord sur la santé de 2004, le Comité sénatorial a entendu les témoins dire que cet accord avait facilité les efforts de concertation en vue de prendre des mesures d'action coordonnées lors d'éclotions de maladies infectieuses. Le Comité a aussi entendu dire que la création du RSP avait permis de créer un meilleur système national d'intervention et de surveillance, qui avait fait ses preuves lors de l'éclotion du H1N1. Les témoins ont aussi déclaré que le RSP avait facilité les négociations et la signature de protocoles d'entente entre les provinces et les territoires, en vue d'un partage de l'information et d'un soutien mutuel en cas d'urgences de santé²⁰. Dans leur examen fait en 2010 de la réponse à la pandémie d'H1N1, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada ont recommandé plus d'efforts pour augmenter la capacité d'intervention fédérale, provinciale et territoriale en cas de pandémie, clarifier les rôles respectifs, maintenir la durabilité des capacités de réponse, et améliorer le transfert et la diffusion des connaissances⁸⁹.

Miser sur les investissements dans l'immunisation

Toutes les instances ont des programmes d'immunisation et leurs calendriers d'immunisation sont affichés sur les sites Web gouvernementaux.

Au Comité sénatorial, les témoins ont déclaré que les investissements dans la Stratégie nationale d'immunisation avaient facilité la mise en place de nouveaux programmes de vaccination des enfants et des adolescents. Toutefois,

les témoins ont aussi laissé entendre que les progrès restaient insuffisants quant à l'élaboration d'un registre national d'immunisation, d'un plan national de recherche, de programmes de formation des professionnels de la santé, de programmes d'éducation pour le public et d'un calendrier national harmonisé de vaccination des enfants.

Centrer les efforts sur une vie saine et sur la gestion des maladies chroniques

En collaboration avec les provinces et les territoires, l'Agence de la santé publique du Canada a lancé une Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, en 2005, dans l'objectif d'améliorer les résultats généraux de santé et de réduire les disparités. La stratégie visait, d'ici 2015, une hausse de 20 % des Canadiens qui s'alimentent sainement, font des activités physiques et maintiennent un poids-santé⁹⁰.

Par la suite, le gouvernement fédéral a adopté une Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques, ciblée sur une alimentation saine et sur les activités physiques⁹¹. Cette stratégie comportait six volets : surveillance; développement, échange et diffusion des connaissances; programmes communautaires et renforcement des capacités; information publique; leadership, coordination et élaboration de politiques stratégiques; suivi et évaluation⁹². En 2009, une évaluation de cette stratégie a conclu qu'elle avait permis certains progrès et des premiers succès, mais que divers enjeux subsistaient, dont des problèmes et des écarts dans les méthodes de conception et de prestation des services et dans les populations ciblées. De plus, les progrès manquaient de cohérence entre les diverses initiatives⁹³.

En 2010, la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains a été renforcée, avec une orientation plus ciblée sur la prévention de l'obésité, la promotion de la santé mentale et la prévention des blessures⁹⁴. Cette stratégie renforcée suit une approche fondée sur la santé de la population, qui vise les déterminants de la santé, s'attaque aux disparités en matière de santé et encourage les mesures d'action intersectorielles⁹⁵.

Pour mieux appuyer cette stratégie, les ministres de la Santé ont approuvé une déclaration sur la prévention et la promotion, ainsi qu'un nouveau Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé : freiner l'obésité juvénile. Ce cadre d'action comporte trois stratégies : faire de l'obésité juvénile une priorité pour les ministres de la Santé; coordonner les efforts liés aux environnements favorables, aux mesures précoces et aux aliments nutritifs; mesurer les progrès collectifs et rendre compte des résultats⁹⁶. Ce cadre d'action reflète aussi une approche de concertation entre les instances pour lutter contre les problèmes d'une importance critique pour la santé des Canadiens. Des données récentes sur l'obésité confirment la nécessité d'agir : la prévalence de l'obésité a augmenté dans la plupart des régions du Canada de 2003 à 2011⁹⁷ (voir Figure 5).

Cependant, en dépit de ces activités, certains témoins au Comité sénatorial ont déclaré que l'objectif original d'une stratégie pancanadienne de santé publique n'avait pas été atteint, que les déterminants de la santé n'étaient pas considérés et que les disparités de santé continuaient de s'accroître²⁰.

En ce qui concerne les maladies chroniques, la plupart des instances ont adopté des cadres d'action, des programmes ou des stratégies et allouent des ressources à la prévention et à l'amélioration de la gestion de ces maladies. Certaines instances se concentrent sur des maladies chroniques spécifiques, tandis que d'autres suivent une approche généralisée.

La plupart des instances ont aussi adopté des stratégies axées sur une alimentation saine, une augmentation des activités physiques, ou une combinaison de ces deux objectifs. Un certain nombre d'instances font appel à la participation de plusieurs ministères à cet égard, comprenant qu'il faut suivre une approche pangouvernementale pour réussir sur le plan de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Ainsi, en Alberta, le programme Ever Active Schools est financé par les ministères de l'Éducation, de la Santé, du Tourisme, des Parcs et des Loisirs. Au Yukon, les ministères de la Santé, de l'Éducation, des Services communautaires, ainsi que l'association des parcs et loisirs, collaborent aux progrès de la santé dans les écoles⁹⁸.

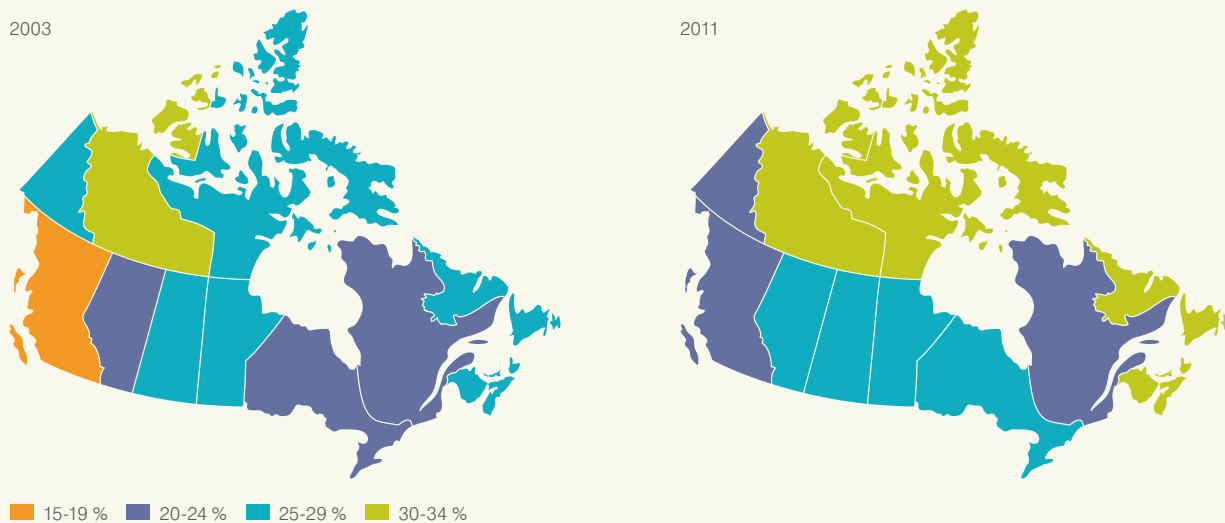
Créer des écoles en santé

Les élèves qui sont en bonne santé apprennent mieux, et les personnes mieux éduquées sont en meilleure santé⁹⁸.

À la lumière de cette considération, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont créé le Consortium conjoint pancanadien pour les écoles en santé, en 2005, pour faciliter la collaboration entre le secteur de la santé et celui de l'éducation. Ce consortium est financé par l'Agence de la santé publique du Canada et par d'autres provinces et territoires. Il rassemble les ministères responsables de la santé et de l'éducation dans toutes les instances, sauf au Québec. Pour parvenir à leurs objectifs communs, les membres du consortium font un partage de l'information et des pratiques exemplaires, exploitent le potentiel des ressources, minimisent les doublons, appuient de nouvelles recherches et favorisent la collaboration en vue d'une approche globale de la santé en milieu scolaire⁹⁸.

Le consortium s'appuie sur le cadre global de santé en milieu scolaire, internationalement reconnu, pour se concentrer sur les environnements sociaux et physiques, l'enseignement et l'apprentissage, les politiques d'écoles en santé, les partenariats et les services. Quand les mesures d'action dans ces quatre secteurs sont harmonisées, les élèves peuvent atteindre leur plein potentiel en tant qu'apprenants productifs et en bonne santé⁹⁸.

Figure 5 : Estimation de la prévalence de l'obésité chez les Canadiens adultes, par province : 2003 et 2011



Remarques : Figure reproduite et adaptée avec permission. Adultes dont l'IMC ≥ 30 kg/m² dans chaque province, selon un calcul à partir du poids et de la taille autodéclarés dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités, faite par Statistique Canada, et corrigés pour tenir compte de toute erreur de déclaration du poids et de la taille.

Source : Gotay, C.C., Katzmarzyk, P.T., Janssen, I., Dawson, M.Y., Aminolteajari, K., et Bartley, N.L. (2013). Updating the Canadian obesity maps: An epidemic in progress. *Canadian Journal of Public Health*, 104(1).

Chaque année, le consortium fait des rapports sur les progrès du projet Écoles en santé, dans toutes les instances qui sont membres. Des programmes scolaires conçus pour inciter les jeunes à manger sainement et à faire des activités physiques sont en place dans toutes les instances, facilités par une collaboration entre les ministères et souvent appuyés par des politiques gouvernementales. De plus, les programmes scolaires et parascolaires ont été modifiés pour que les enfants et les adolescents puissent participer à des initiatives de vie saine, à l'école et dans la communauté⁹⁸.

Ce consortium a coordonné la participation du Canada au sondage de 2009-2010 intitulé *Santé à l'école* :

Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire, qui est une étude de recherches internationales appuyée par l'Organisation mondiale de la Santé dans le but de mieux comprendre la santé et les déterminants de la santé chez les jeunes⁹⁹. L'Agence de la santé publique du Canada a publié un rapport sur les conclusions de ce sondage en 2011, en ciblant tout particulièrement la santé mentale des jeunes. Le sondage a montré que les adolescents qui ont des relations interpersonnelles positives sont en meilleure santé mentale. Il a aussi conclu que des relations positives avec les parents et la famille, ainsi que l'appui des enseignants et des pairs, sont des prédicateurs importants de bonne santé mentale¹⁰⁰. En 2012, le consortium et l'Agence de santé publique du Canada ont conçu une série de fiches d'information, à partir des conclusions du sondage⁹⁸.

Le consortium travaille en collaboration avec les instances pour renforcer les capacités de concevoir et de mettre en œuvre des initiatives complètes de santé en milieu scolaire. En 2012, le consortium a mis en marché une trousse de la santé mentale positive, qui offre des ressources pour une bonne santé mentale⁹⁸.

L'essentiel

- ▶ La collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en matière de surveillance des maladies a permis de coordonner les interventions lors de récentes éclosions de maladies infectieuses.
- ▶ La Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains et les stratégies qui l'ont suivie ont pour but de promouvoir une vie saine, d'améliorer les résultats de santé et de réduire les disparités en matière de santé. En outre, les provinces et les territoires ont pris des mesures d'action en faveur de modes de vie sains et d'une gestion des maladies chroniques. Mais généralement, elles ne se sont pas donné d'objectifs spécifiques, si bien que l'efficacité et les répercussions de ces stratégies et initiatives restent incertaines.

- ▶ Le Consortium conjoint pancanadien pour les écoles en santé a créé un certain nombre d'initiatives d'écoles en santé, partout au Canada. De plus en plus, on reconnaît l'interdépendance entre la santé et l'éducation. Par contre, les répercussions de ces initiatives sont rarement évaluées et il reste beaucoup à faire pour garantir que les enfants et les adolescents canadiens, et plus particulièrement ceux qui sont fortement à risque, mènent des modes de vie sains.

Commentaire

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont entrepris de nombreuses initiatives individuelles et conjointes, pour améliorer l'état de santé des Canadiens. Le Consortium conjoint pancanadien pour les écoles en santé est un exemple qui présente des promesses considérables en tant que modèle de participation de divers ministères, relevant de multiples gouvernements, travaillant de concert en vue d'objectifs communs.

En revanche, comme beaucoup d'instances n'ont pas défini clairement de cibles, ou n'ont pas conçu d'indicateurs pour mesurer les résultats, tout progrès reste difficile à déterminer. Pour mesurer le rendement des investissements dans les initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies, il faut des indicateurs pertinents, des données solides et des évaluations de programmes. Armés des résultats de cette analyse, les gouvernements seront peut-être disposés à investir de manière plus stratégique dans ce secteur insuffisamment financé des soins de santé.

C'est un domaine complexe et nous reconnaissons les efforts faits par les gouvernements pour améliorer la santé des Canadiens grâce à des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies. Plusieurs instances ont adopté des approches interministérielles et les gouvernements doivent continuer de suivre cette voie pour parvenir à leur objectif de population en meilleure santé⁸⁷. Cependant, il faut élargir le nombre de ministères inclus pour englober des partenaires non traditionnels comme les finances, les transports, les services communautaires, l'environnement, l'agriculture et la planification de l'utilisation des sols. Pour parvenir à des succès durables dans l'amélioration des résultats de santé et dans la réduction des disparités, il faudra les efforts concertés de multiples gouvernements et de multiples secteurs, axés sur les déterminants de la santé. Comme le montre la prévalence de l'obésité, les gouvernements ne pourront pas faire de progrès majeurs à cet égard sans une action conjointe.

Pratiques novatrices en promotion de la santé – Nouvelle-Écosse

Améliorer la santé grâce à de saines politiques publiques

En Nouvelle-Écosse, les politiques gouvernementales dans des domaines tels que les finances, le transport, les services communautaires et l'aménagement du territoire seront bientôt soumises à l'évaluation de leurs répercussions sur la santé et sur les modes de vie sains. La province se propose d'intégrer l'évaluation de l'impact sur la santé au processus d'élaboration des politiques de tous les ministères afin de produire sur le plan gouvernemental des décisions reposant sur des informations plus fiables, qui puissent l'aider à atteindre de son objectif de maintenir sa population en santé^{S17}.

Cette stratégie est un élément de Thrive! A Plan for a Healthier Nova Scotia. Lancé en 2012, ce plan pluriannuel cible la création de milieux et de politiques favorables à l'augmentation de régimes alimentaires sains et à la promotion de l'activité physique auprès des résidents de la province^{S18}.

Avec cette action concertée, la Nouvelle-Écosse espère répondre à certaines statistiques peu encourageantes : un enfant ou un jeune sur trois dans la province est en surpoids ou obèse, et les taux de régimes alimentaires malsains et d'inactivité sont élevés. La Nouvelle-Écosse est aussi aux prises avec l'un des taux de maladie chronique les plus élevés du pays^{S18}.

Le projet Thrive! présente quatre orientations stratégiques : favoriser la santé dès le début chez les enfants et les familles, équiper la population de compétences et de connaissances lui permettant d'être en santé toute la vie, créer de nouvelles possibilités de bien se nourrir et d'être actif, et planifier et bâtir des collectivités plus saines^{S18}.

Thrive! utilise une approche interministérielle pour influencer sur les déterminants plus généraux de la santé. Dix ministères travaillent de concert : Transports et Renouveau de l'infrastructure, Agriculture, Éducation, Justice, Environnement, Services communautaires, Ressources naturelles, Service Nouvelle-Écosse et Relations avec les municipalités, Énergie, et Santé et Bien-être^{S17}. Cette insistance sur la concertation s'étend au-delà des ministères et transparaît dans des stratégies particulières du plan, qui comprennent :

► Élargir les politiques relatives à l'alimentation saine dans les institutions financées par le secteur public.

Faisant fond sur des travaux réalisés dans les écoles et les centres de la petite enfance, la Nouvelle-Écosse offre des subventions pour la préparation de politiques relatives à l'alimentation saine dans les soins de santé, l'éducation postsecondaire, les sports et les loisirs, et les administrations municipales.



► Mettre au point des options stratégiques en matière d'approvisionnement alimentaire et d'accessibilité économique des aliments.

Un nouveau comité interministériel élaborera des politiques axées sur l'amélioration de la sécurité alimentaire ainsi que sur la production, la distribution et l'achat d'aliments sains de proximité.

► Préparer pour l'ensemble de la province des politiques et un plan concernant le transport actif.

Neuf ministères se réuniront pour préparer des politiques afin d'aider la province et les municipalités à concevoir, planifier et financer une infrastructure pour le transport actif à l'échelle municipale.

Thrive! comprend aussi une stratégie de mobilisation et l'engagement de présenter régulièrement des rapports de progrès au public. Des travaux en cours préparent un cadre d'évaluation complet, des indicateurs et des outils pour évaluer :

- **les résultats à court terme** (1 à 3 ans), qui ciblent la planification, les politiques et les investissements;
- **les résultats intermédiaires** (3 à 5 ans), qui ciblent les changements environnementaux qui favorisent les comportements sains;
- **les résultats à long terme** (5 à 10 ans), qui ciblent l'amélioration des comportements sains (p. ex., des tendances durables à la hausse pour les taux d'alimentation saine et d'activité physique et à la baisse pour les taux d'alimentation malsaine et de comportements sédentaires);
- **les résultats à terme** (10 ans et plus), qui ciblent un meilleur état de santé pour la population (p. ex., une réduction des maladies chroniques évitables)^{S18}.



Pour plus de renseignements sur cette pratique novatrice, consultez le Portail de l'innovation en santé du Conseil canadien de la santé à conseilcanadiendelasante.ca/innovation.

Santé des Autochtones



Engagements en vertu des accords

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

- ▶ Les premiers ministres reconnaissent qu'il faudra un effort soutenu pour relever les défis importants auxquels sont confrontés les Autochtones du Canada sur le plan de la santé. Le gouvernement fédéral s'engage donc à accroître son financement et à travailler en collaboration avec les autres gouvernements et les peuples autochtones dans l'atteinte des objectifs énoncés dans cet accord, y compris les priorités énoncées dans le Fonds pour la réforme de la santé. Les gouvernements travailleront ensemble pour réduire l'écart entre l'état de santé des Autochtones et des autres Canadiens grâce à une meilleure intégration des services de soins de santé.

- ▶ Les premiers ministres demandent à leurs ministres de la Santé de consulter les peuples autochtones sur un cadre visant la préparation de rapports comparables sur l'état de santé des Autochtones. Pour ce faire, ils conviennent de consulter les peuples autochtones, d'utiliser des indicateurs comparables, et de créer l'infrastructure de données nécessaire. Ces rapports renseigneront les Canadiens sur les progrès accomplis et les principaux résultats. Ils renseigneront aussi les Canadiens sur les programmes en vigueur et les dépenses courantes, leur fournissant des données de référence afin d'évaluer les nouveaux investissements, ainsi que sur les niveaux de services et les résultats¹.

Plan décennal pour consolider les soins de santé, en 2004

- ▶ Tous les gouvernements ont convenu de travailler ensemble sur la question importante de la santé des Autochtones, comme il est établi dans un communiqué séparé.



- ▶ Dans le cadre des plans d'action stratégiques concernant les ressources humaines dans le secteur de la santé, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux conviennent d'élaborer des plans, fondés sur leur évaluation des lacunes, en vue d'augmenter la réserve de professionnels de la santé, et de rendre ces plans publics, y compris les cibles relatives à la formation, au recrutement et au maintien en poste des professionnels. En ce qui concerne les collectivités autochtones, le gouvernement fédéral s'engage à instaurer des initiatives ciblées visant à appuyer les collectivités autochtones et les groupes minoritaires de langues officielles afin d'accroître la réserve de professionnels de la santé dans ces collectivités².

Ce que le Conseil de la santé a dit de la santé des Autochtones

- ▶ En 2008, le Conseil de la santé a fait rapport des progrès suivants sur le plan de la santé des Autochtones :
 - En 2005, les premiers ministres et les dirigeants nationaux des Autochtones ont fait paraître le *Plan directeur de la santé des Autochtones : un plan de transformation sur 10 ans*. Cependant, avec le changement survenu au gouvernement fédéral en 2006, le financement a été réduit et les accords n'ont pas été respectés.
 - Le Fonds de transition pour la santé des Autochtones appuyait plus de 100 projets afin d'intégrer et d'améliorer l'accès aux services pour les Autochtones, et de renforcer la participation locale à la conception, la prestation et l'évaluation des programmes.
 - Le Tripartite First Nations Health Plan de la Colombie-Britannique, signé en 2007, est devenu un modèle pour les ententes similaires, dans d'autres provinces.
 - En 2007, Santé Canada a créé le Bureau de la santé des Inuits, en collaboration avec l'Inuit Tapiriit Kanatami, pour mieux traiter les problèmes de santé des Inuits.
 - L'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone a triplé le nombre de bourses d'études et de perfectionnement pour inciter et aider les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis à faire des carrières dans le secteur de la santé⁵.
- ▶ Dans son rapport de 2011, *Comprendre et améliorer la santé maternelle et infantile des Autochtones au Canada*, le Conseil de la santé a cerné les pratiques prometteuses qui permettent d'améliorer la santé maternelle et infantile des Autochtones et a préconisé aux gouvernements d'élargir ces programmes¹⁰¹.
- ▶ Dans son rapport de 2012, *Empathie, dignité et respect : Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans le système de santé en milieu urbain*, le Conseil de la santé a exploré la méfiance qu'éprouvent de nombreux Autochtones envers le système de santé, en raison des stéréotypes et du racisme, et il a incité les gouvernements et les organismes de santé à offrir des programmes appropriés pour renforcer la compétence culturelle des prestataires de soins¹⁰².

Progrès à ce jour

Les disparités entre l'état de santé des Autochtones et celui du reste de la population canadienne ont été le moteur d'une quête d'amélioration de la santé des Autochtones, dans le cadre des accords sur la santé. Les premiers ministres se sont engagés à travailler de concert avec les Autochtones pour renforcer leur accès aux services de santé et pour améliorer leurs résultats de santé.

Réduire les disparités grâce à une collaboration

Pour progresser vers l'objectif de la réduction des disparités dans le secteur de la santé, chaque instance travaille avec les communautés autochtones afin de planifier, d'instaurer et d'évaluer des programmes de soins culturellement adaptés.

En 2007, la Colombie-Britannique est devenue la première instance à conclure une entente tripartite avec Santé Canada et les Premières Nations. L'autorité sanitaire régionale des Premières Nations (ASRPN) a suivi en 2012. Cette autorité sanitaire est responsable d'une nouvelle structure de gouvernance de la santé, confiant aux Premières Nations le contrôle des programmes et des services de santé de la Colombie-Britannique qui relèvent actuellement de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, à Santé Canada^{14,103}. En 2008, la Saskatchewan a signé un protocole d'entente pour créer un partenariat tripartite afin d'améliorer la santé des communautés des Premières Nations et d'élaborer un plan décennal de santé et de bien-être des Premières Nations dans cette province¹⁰⁴. En 2011, l'Ontario a fondé le Comité trilatéral des hauts fonctionnaires sur la santé des Premières Nations avec le gouvernement fédéral et avec l'organisme Chiefs of Ontario. Ce comité trilatéral est responsable des activités dans quatre secteurs de priorité circonscrits par Chiefs of Ontario : santé mentale et lutte contre les dépendances (avec un accent particulier sur l'abus de stupéfiants d'ordonnance), santé publique, diabète, et gestion des données¹⁴.

Le gouvernement fédéral a aussi collaboré avec d'autres instances à des initiatives de santé des Autochtones par le biais de partenariats tripartites ou trilatéraux en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, ainsi que par un protocole d'entente au Nouveau-Brunswick. Ces ententes sont décrites en détail dans les profils individuels des instances. Voir conseilcanadiendelasante.ca/progres.

Élaborer des indicateurs comparables

Bien que les partenaires de l'entente tripartite en Colombie-Britannique créent actuellement un cadre d'indicateurs de la santé¹⁰⁵, la plupart des instances n'ont ni d'indicateurs, ni de cadres d'évaluation pour mesurer les résultats de santé des Autochtones. Plusieurs problèmes doivent être réglés d'abord, dont la disponibilité des données, la propriété des données et le manque de partage des données entre les gouvernements et les organismes autochtones intervenants¹⁰⁶.

En 2011, la Nouvelle-Écosse a conclu une entente de partage des données avec cinq Premières Nations Unama'ki. Le registre des clients Unama'ki relie les données du ministère des Affaires autochtones et du Développement du Nord Canada au registre des numéros d'assurance-maladie de la Nouvelle-Écosse. Ces données permettront de mieux comprendre l'état de santé, les schémas de maladies et l'utilisation des services de santé, et serviront à planifier la promotion de la santé, la prévention des maladies et les programmes de traitement pour les Unama'ki. Le financement a été octroyé par Santé Canada, par le biais du Fonds de transition pour la santé des Autochtones et de l'Agence de santé publique du Canada. La province souhaite élargir le registre à tous les membres des Premières Nations en Nouvelle-Écosse¹⁴.

Améliorer l'accès – Fonds de transition pour la santé des Autochtones

Le Fonds de transition pour la santé des Autochtones a été créé en 2004-2005 afin d'aider les instances à adapter les services de santé existants, en vue de mieux répondre aux besoins des Autochtones et d'accentuer leur participation à la conception, à la prestation et à l'évaluation des programmes de soins de santé¹⁰⁷.

Le FTSA a financé 311 projets dans les diverses instances, dans des domaines comme la télésanté, la lutte contre les toxicomanies, les soins pour les enfants et pour les jeunes, la santé mentale, les maladies chroniques, la santé publique, les soins à domicile et la gouvernance¹⁰⁸. Le Fonds a aussi soutenu la création de postes d'agents de liaison ou d'intervenants pivots autochtones, chargés d'appuyer les individus et les familles de manière respectueuse pour leur culture, de défendre leurs intérêts et de les aider à s'orienter dans le système de santé. Le Conseil de la santé a souligné les retombées bénéfiques des services de ces intervenants, qui sont maintenant en place en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, en Ontario, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve-et-Labrador^{102,109,110}.

En 2010, Santé Canada a annoncé un financement quinquennal pour le nouveau Fonds d'intégration des services de santé, qui succède au FTSA et qui est axé sur l'intégration des services et sur la collaboration. À compter de janvier 2013, plus de 70 projets avaient été approuvés^{111,112}.

Le gouvernement fédéral a instauré plusieurs programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies, dont l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones et le Programme de soins de santé maternelle et infantile. En 2011, l'Agence de la santé publique du Canada a annoncé un financement pour un partenariat avec le gouvernement du Nunavut afin de lutter contre la tuberculose¹¹². En outre, le gouvernement fédéral a proposé des investissements dans son budget de 2013 pour renforcer les services de santé aux Premières Nations et aux Inuits, notamment dans le secteur de la santé mentale¹¹³.

Lors de son examen de l'accord de 2004, un Comité sénatorial a entendu des témoignages disant que 75 % des projets du FTSA étaient dirigés par des organismes ou des communautés des Premières Nations, des Inuits ou des Métis. Cependant, les témoins ont aussi dit que tous les groupes autochtones n'avaient pas bénéficié également des initiatives fédérales, car la majorité des fonds était orientée vers les communautés dans des réserves. De plus, le manque d'accords de financement pluriannuels a compliqué la planification des programmes²⁰. Le Conseil canadien de la santé a entendu exprimer des préoccupations similaires durant ses consultations régionales sur la santé maternelle et infantile chez les Autochtones. Les participants aux consultations ont souligné que l'absence d'accords pluriannuels, avec un financement stable et adéquat, rendait difficile pour les communautés autochtones de planifier et de fournir des services de santé comparables à ceux offerts aux autres Canadiens¹⁰¹.

Les témoins ont aussi déclaré au Comité sénatorial que l'écart dans les résultats de santé entre les Autochtones et l'ensemble de la population canadienne subsistait en dépit des investissements faits par le gouvernement fédéral. Des disparités importantes existent dans des domaines comme l'espérance de vie, la mortalité infantile et les taux de tuberculose²⁰.

Renforcer les capacités de ressources humaines en santé – Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone

L'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA) a alloué des fonds aux instances et aux organismes provinciaux, territoriaux et autochtones pour accroître les capacités de ressources humaines en santé dans les communautés autochtones. Selon les témoins au Comité sénatorial, l'IRHSA a apporté un soutien à plus de 2 200 étudiants autochtones, par le biais de bourses d'études et de perfectionnement, pour les aider à faire carrière dans le domaine de la santé. Un sondage de suivi auprès des bénéficiaires de ces bourses a montré que 91 % d'entre eux considéraient que le financement accordé les avait aidés à faire des études supérieures. L'IRHSA a aussi financé plus de 240 projets dans des établissements d'enseignement postsecondaire pour renforcer l'accès, adapter les programmes d'études, appuyer les étudiants et créer des cadres de compétence culturelle²⁰. Un examen des programmes de l'IRHSA, de 2005 à 2008, a conclu que l'initiative avait facilité une participation accrue des Autochtones aux professions de la santé et renforcé le nombre de professionnels de la santé culturellement compétents. En revanche, cet examen a montré la nécessité d'intensifier les communications stratégiques, d'établir des réseaux durables, de partager les pratiques exemplaires, d'améliorer l'efficacité, de rationaliser l'administration et de renforcer le mécanisme de gouvernance¹¹⁴.

En 2010, l'IRHSA a été renouvelée pour cinq ans, son objectif principal étant de former des travailleurs en santé communautaire parmi les Premières Nations et les Inuits, pour leur donner des compétences comparables et reconnues^{20,115}.

Le Comité sénatorial a entendu des témoignages disant que le pourcentage des Autochtones avait doublé parmi les effectifs de soins de santé, depuis 2004 et que le travail de l'IRHSA s'était généralement avéré fructueux. Toutefois, des enjeux ont été mentionnés, dont des financements à court terme et une approche pan-autochtone, plutôt qu'une approche axée sur les besoins et les circonstances uniques des différents groupes autochtones²⁰.

L'essentiel

- ▶ En dépit d'investissements considérables pour remédier aux inégalités sur le plan de l'état de santé et des résultats de santé des Autochtones, les répercussions des initiatives restent incertaines. En raison d'un manque d'indicateurs et de cadres d'évaluation, on ne sait pas très bien si la santé des Autochtones s'est améliorée, ni comment. De plus, très peu de progrès ont été faits quant aux questions de propriété des données et d'élaboration d'ententes pertinentes de partages des données. Ces éléments sont d'une importance critique pour appuyer des mesures et des évaluations efficaces.
- ▶ La collaboration s'est intensifiée entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les autorités sanitaires et les réseaux locaux d'intégration des services de santé, ainsi qu'avec les dirigeants et les communautés autochtones, pour améliorer les soins et les résultats de santé. Il est maintenant essentiel de partager largement les pratiques et les modèles fructueux résultant de telles collaborations.
- ▶ Les organismes et les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis ont dirigé la majorité des programmes et des initiatives appuyés par l'IRHSA. Toutefois, certains craignent que tous les groupes autochtones n'aient pas bénéficié équitablement des initiatives fédérales et que le manque d'ententes de financement pluriannuelles nuisent à la capacité d'apporter des changements durables. Il est important que les futures contributions soient équitables, régulières et durables pour permettre une planification et une programmation à long terme.
- ▶ L'IRHSA a contribué à une augmentation des effectifs autochtones dans le secteur de la santé. Cette Initiative a été renouvelée pour cinq autres années.

Commentaire

L'accord sur la santé de 2003 ne comprenait pas d'orientation spécifique, ni de cibles explicites, pour remédier aux écarts d'état de santé entre les Autochtones et les non-Autochtones au Canada¹. Lors du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, les premiers ministres se sont mis d'accord pour définir leurs engagements envers la santé des Autochtones dans un communiqué séparé², qui a ultérieurement indiqué quels financements fédéraux seraient accordés à des domaines d'action donnés¹¹⁶. Le *Plan directeur de la santé des Autochtones*, de 2005, a aussi donné une orientation aux mesures d'action nationales et régionales sur les thèmes des soins de santé, relativement aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis¹¹⁷. Cependant, comme le Conseil de la santé l'a précisé précédemment, ces engagements n'ont généralement pas été tenus à la suite du changement au gouvernement fédéral en 2006⁵.

Au Canada, il existe de nombreux exemples de collaborations et de partenariats respectueux entre les gouvernements, d'une part, et les leaders et les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, d'autre part²⁰. Par exemple, les gouvernements de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et de l'Ontario collaborent avec leurs communautés autochtones respectives pour planifier, instaurer et évaluer de nouvelles approches de gouvernance et de prestation des soins de santé.

Partout au Canada, les gouvernements et les organismes régionaux et provinciaux travaillent aussi à des pratiques novatrices qui permettent d'améliorer l'accès aux soins de santé – ainsi que la qualité des soins et l'expérience des patients. Ainsi, en Alberta, le programme de santé des Autochtones renforce l'accès aux services de santé en s'appuyant sur la réussite de l'Elbow River Healing Lodge, centre de santé en milieu urbain à Calgary. De plus, en Saskatchewan, le All Nations Healing Hospital est un modèle mondialement reconnu d'intégration des services entre différents niveaux d'administration et sources de financement¹⁰². Il est important de créer des occasions de partager et de diffuser ces pratiques. Le Conseil de la santé félicite tous ceux qui mènent de telles innovations et incitent les autres à se joindre à eux.

En dépit de ces signes de changements positifs, les progrès dans les communautés autochtones restent inégaux. De plus, les obstacles sous-jacents à l'amélioration des soins de santé chez les Autochtones continuent d'être généralement ignorés. Il est crucial de faire participer les Autochtones à des partenariats visant à planifier et à gérer les services de santé aux Autochtones, pour améliorer leurs résultats de santé. Ce faisant, les dirigeants de tous les niveaux doivent confronter le racisme systémique qui peut empêcher certains Autochtones de demander des services de santé. Veiller à la compétence culturelle des prestataires et des organismes de soins de santé, grâce à une formation, des politiques et des structures appropriées, constituera un grand pas en avant.

Pour améliorer les résultats de santé des Autochtones, il ne suffira pas d'éliminer les obstacles auxquels ils se trouvent confrontés dans l'accès aux services de santé. Les gouvernements doivent accorder des financements prévisibles et viables aux initiatives du secteur de la santé et travailler avec les communautés autochtones pour définir des cibles et des obligations redditionnelles, ainsi que pour mesurer les progrès quant aux résultats de santé. Les déterminants de la santé – comme l'éducation et le logement – devront aussi être pris en compte. Le communiqué de 2004, le *Plan directeur de la santé des Autochtones* de 2005 et les diverses ententes entre les instances ont montré la voie à suivre. Il faut examiner et partager ces cadres d'action et ces ententes entre les instances pour concevoir des plans réalisables et ciblés, afin de réduire les disparités et d'améliorer la santé et le bien-être des Autochtones au Canada. En outre, pour accomplir ce travail, il faut reconnaître que les modèles et les approches fructueux exigeront des modifications, afin de tenir compte de la variabilité des ressources, des besoins et des cultures parmi les différentes communautés autochtones et les différentes régions du pays.

Pratiques novatrices liées à la santé des Autochtones – Colombie-Britannique

Une première : l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique

Pour les Premières Nations de la Colombie-Britannique, les soins de santé connaissent une transformation fondamentale avec la création en 2012 de la First Nations Health Authority (FNHA), la première autorité sanitaire autochtone au Canada s'étendant à toute une province.

En conséquence de ce changement historique, la prise de décisions en matière de santé et de soins de santé appartient maintenant aux Premières Nations. Grâce à cette nouvelle autorité sanitaire, les Premières Nations de la C.-B. vont planifier, concevoir, gérer, financer et dispenser aux membres des Premières Nations de la province tous les services et programmes de santé qui sont actuellement fournis par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada^{S19}.

Cette évolution est le résultat de plusieurs accords, dont le *Transformative Change Accord: First Nations Health Plan* de 2006, le *Tripartite First Nations Health Plan* de 2007 et le *British Columbia Tripartite Framework Agreement on First Nation Health Governance*. Ces protocoles d'entente ont été signés entre les Premières Nations de la C.-B. et les gouvernements du Canada et de la Colombie-Britannique dans l'espoir d'éliminer les écarts sur le plan de la santé entre les membres des Premières Nations et les autres résidents de la province^{S20, S21}.

D'ici à octobre 2013, tous les programmes et services de santé dispensés par Santé Canada par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, région du Pacifique, seront transférés à la FNHA^{S22}. Celle-ci travaillera de concert avec le ministère de la Santé de la C.-B. et les autorités sanitaires de la province à la coordination des services et à leur intégration au système de soins de santé provincial^{S19}.

Dans la logique des croyances et des valeurs des Premières Nations, la consultation et la participation communautaires sont la caractéristique de la nouvelle autorité sanitaire. Par exemple, le rôle et la structure de gouvernance de la FNHA reposent sur la contribution de 120 réunions régionales, très courues, rassemblant des responsables, des citoyens et des professionnels de la santé des Premières Nations au long d'une période de trois ans. La FNHA projette de poursuivre cette approche qui privilégie l'initiative de la collectivité afin d'assurer que les orientations de ses politiques correspondent à la communauté des Premières Nations^{S23}.



Avec le temps, la FNHA envisage également de tirer parti de la contribution de la communauté et des résultats d'évaluation pour modifier et réorganiser les programmes fédéraux actuels afin de mieux répondre aux besoins des Premières Nations^{S23}. Cette approche correspond à la mission de la FNHA qui consiste à intégrer les savoirs, les croyances, les valeurs, les pratiques, les remèdes et les modèles de santé et de guérison des Premières Nations aux programmes et aux services qu'elle fournit^{S19}. Dans le cadre de ses activités d'évaluation, l'autorité sanitaire va recueillir, suivre et présenter des données sur des indicateurs de santé tels que l'espérance de vie, les taux de mortalité, le suicide chez les jeunes, le diabète et l'obésité juvénile^{S23}.

La FNHA ouvre une voie inédite au Canada. Elle compte que les connaissances qui seront acquises et les résultats de ses évaluations seront utiles aux autres provinces et territoires qui souhaitent explorer des modèles de prestation de services du même genre. De son côté, la nouvelle autorité sanitaire s'inspire de l'expérience d'un organisme similaire en Alaska, qui s'est trouvé lui aussi confronté au défi de fournir des services à des collectivités éloignées et à de nombreux groupes linguistiques^{S23}.



Pour plus de renseignements sur cette pratique novatrice, consultez le Portail de l'innovation en santé du Conseil canadien de la santé à conseilcanadiendelasante.ca/innovation.



Conclusion

En tant que Canadien, que devriez-vous attendre de votre système de soins de santé? Votre lieu de résidence devrait-il faire une différence?

Les accords sur la santé sont nés des préoccupations du public face à l'insuffisance des fonds alloués aux soins de santé. Les Canadiens étaient frustrés par l'augmentation des temps d'attente pour les services de santé et s'inquiétaient de la qualité de leurs soins. Parmi les prestataires et les politiciens, les discussions ont porté sur la nécessité de procéder à des réformes pour gérer les questions plus vastes d'accessibilité, de qualité et de viabilité des services de santé.

Les Canadiens continuent de vouloir la même chose qu'alors. Que vous résidiez à Kelowna en Colombie-Britannique, à Rocky Harbour à Terre-Neuve-et-Labrador, ou à Iqaluit au Nunavut, vous devriez pouvoir consulter un prestataire de soins de santé primaires quand vous en avez besoin de le faire. Votre prestataire de soins de santé primaires devrait avoir accès à un dossier de santé électronique pour mieux coordonner vos soins. Vous devriez pouvoir obtenir une arthroplastie du genou ou une chirurgie de la cataracte en temps opportun. Et le coût de vos médicaments ne devrait pas constituer un fardeau financier excessif pour vous. Ce sont là quelques-uns des engagements pris dans le cadre des accords sur la santé.

Dix années plus tard, nous sommes plus près des objectifs de ces attentes. Mais le secteur des soins de santé continue d'évoluer et nos efforts de réforme du système ne parviennent pas à suivre le rythme. L'accès aux soins de santé varie encore entre les instances et au sein des instances. De plus, l'écart reste vaste entre les résultats de santé des Autochtones et ceux du reste de la population canadienne, de même qu'entre les milieux à hauts revenus et à faibles revenus. Alors, quoi faire?

Vu la conjoncture financière actuelle, il n'est pas réaliste d'investir davantage de fonds dans les soins de santé. D'ailleurs, ceci ne permettrait pas de régler tous les problèmes. Il faut trouver la solution ailleurs.

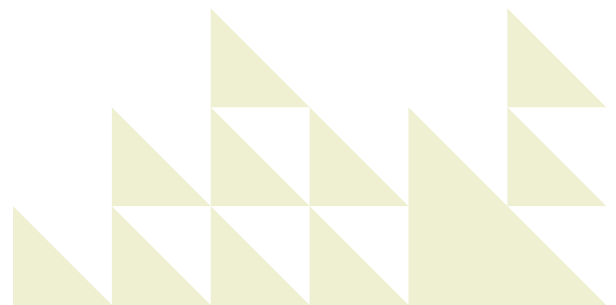


L'une des réponses est d'appliquer les pratiques probantes. Par exemple, les dossiers de santé et les dossiers médicaux électroniques permettent d'améliorer la qualité des soins de santé primaires et l'innocuité des médicaments, et de créer de nouveaux gains d'efficacité au sein du système. Pourtant, comme l'a noté ce rapport, nos progrès dans ce domaine méritent d'être accélérés. Les provinces et les territoires ont de nombreux enjeux communs à relever, alors qu'ils s'efforcent d'offrir des soins de qualité avec les ressources financières dont ils disposent. Nous devons définir les priorités de partage et d'adaptation des innovations fructueuses, partout au pays, et trouver de nouveaux moyens plus efficaces de le faire.

De plus, si nous voulons vraiment remédier aux iniquités dans notre système de santé, nous devons travailler en concertation. Bien que louables, les efforts individuels des prestataires, des hôpitaux, des régions et des instances ne suffisent pas. Les premiers ministres ont montré leur volonté et leur capacité à collaborer à des programmes communs. Leurs efforts prometteurs quant aux prix des produits pharmaceutiques et dans d'autres domaines montrent qu'une telle approche est possible. Les provinces et les territoires doivent prolonger ces efforts, continuer d'identifier les priorités partagées, établir des objectifs à long terme pour la santé et pour les soins partout au pays, et travailler de concert pour parvenir à ces objectifs. Comme l'indiquent les recommandations du Comité sénatorial, le gouvernement fédéral doit aussi rester présent, étant donné qu'il est responsable de la santé publique, du financement, ainsi que du respect et de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Les Canadiens, quant à eux, ont besoin d'information pour être en mesure de surveiller continuellement le rendement des gouvernements et de leur demander de rendre compte de leurs actions. Des rapports comme celui-ci peuvent contribuer en ce sens.

Les enjeux sont considérables et les solutions sont loin d'être simples. Les Canadiens attendent, à juste titre, des mesures d'action continues pour réformer le système de santé, afin qu'il leur garantisse un accès à des soins de haute qualité et de meilleurs résultats de santé – peu importe où ils résident au Canada.



Références

1. Santé Canada. (2003). *Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, 2003. Extrait le 22 mars 2013 de <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-eng.php>
2. Santé Canada. (2004). *Plan décennal pour consolider les soins de santé*. Extrait le 22 mars 2013 de <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php>
3. Conseil canadien de la santé. (2005). *10 étapes vers un cadre commun de production de rapports sur les temps d'attente*. Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
4. Conseil canadien de la santé. (2007). *Éclaircir la question des temps d'attente : Que signifient des réductions et des garanties substantielles?* Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
5. Conseil canadien de la santé. (2008). *Relancer la réforme. Renouvellement des soins de santé au Canada, 2003-2008*. Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
6. Conseil canadien de la santé. (2011). *Rapport de progrès 2011 : Renouvellement des soins de santé au Canada*. Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
7. Ministère de la Santé et des Soins communautaires de l'Ontario. (12 décembre 2005). Les tout premiers repères permettront aux Canadiens de mesurer les progrès réalisés en vue de réduire les temps d'attente. [Communiqué de presse]. Extrait de <http://news.ontario.ca/archive/en/2005/12/12/First-ever-common-benchmarks-will-allow-Canadians-to-measure-progress-in-reducin.html>
8. Institut canadien d'information sur la santé. (2013). *Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada, 2013*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
9. Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. (2012). Newfoundland and Labrador makes significant reductions in wait times. [Communiqué de presse]. Extrait de <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2012/health/1224n01.htm>
10. Frank, C. (12 mai 2012). Alberta a leader in 'curing' wait times. *The Chronicle Herald*. Extrait de <http://thechronicleherald.ca/opinion/91976-alberta-a-leader-in-curing-wait-times>
11. Institut canadien d'information sur la santé. (2012). *Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada. Pontages aorto-coronariens au Canada*. Extrait le 27 mars 2013 de <http://waittimes.cihi.ca/All/bypass>
12. Alliance sur les temps d'attente. (2012). *Document d'information technique de l'Alliance sur les temps d'attente, Bulletin de juin 2012*. Ottawa (Ontario) : Alliance sur les temps d'attente.
13. Alliance sur les temps d'attente. (juin 2012). *Jeter la lumière sur les temps d'attente totaux en santé pour les Canadiens : Bulletin sur les temps d'attente au Canada*.
14. Commentaires des ministères fédéral, provinciaux, territoriaux de la Santé sur l'ébauche du Rapport de progrès 2013. (novembre 2012-mars 2013).
15. Institut canadien d'information sur la santé. (2012). *Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada. IRM au Canada*. Extrait le 26 mars 2013 de <http://waittimes.cihi.ca/All/mri>
16. Institut canadien d'information sur la santé. (2012). *Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada. TDM au Canada*. Extrait le 26 mars 2013 de <http://waittimes.cihi.ca/All/ctscan>
17. Association canadienne des radiologistes. (2013). *National maximum wait time access targets for medical imaging (MRI and CT)*.
18. Institut canadien d'information sur la santé. (2012). *Les soins de santé au Canada, 2012 : regard sur les temps d'attente*. Ottawa (Ontario) : Institut canadien d'information sur la santé.
19. Alliance sur les temps d'attente. (2011). *Temps d'arrêt! Bulletin sur les temps d'attente au Canada*.
20. Ogilvie, K.K., et Eggleton, A. (2012). *Time for transformative change: A review of the 2004 health accord*. Ottawa (Ontario) : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.
21. Barer, M.L., et Lewis, S. (2000). *Waiting for health care in Canada: Problems and prospects*. Toronto (Ontario) : Atkinson Foundation.
22. Siciliani, L., Borowitz, M., et Moran, V. (éditeurs), (2013). *Waiting time policies in the health sector. What works?* Études de l'OCDE sur les politiques de santé, OECD Publishing.
23. Ipsos Reid. (6 février 2013). Checking in with Canadians on their healthcare system: 2013 score cards on ease of access, patient experience. [Communiqué de presse]. Extrait de <https://www.ipsos-na.com/download/pr.aspx?id=12452>
24. The Environics Institute for Survey Research. (2013). *Focus Canada 2012—What Canadians think about their health care system*. Toronto (Ontario) : The Environics Institute.
25. Conseil canadien de la santé (2009). *Équipes à l'œuvre : Les équipes de soins de santé primaires au Canada*. Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
26. Conseil canadien de la santé. (2009). *Soins de santé plus sûrs pour les Canadiens plus « malades » : Comparaisons internationales de la qualité et de la sécurité des soins de santé. Les soins de santé au Canada, c'est capital. Bulletin 1*. Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
27. Conseil canadien de la santé. (2010). *Aider les patients à gérer leur santé : Les Canadiens atteints de maladies chroniques obtiennent-ils le soutien nécessaire? Les soins de santé au Canada, c'est capital, Bulletin 2*. Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
28. Conseil canadien de la santé. (2010). *Faire plus que le simple nécessaire. Importance des interactions patient-prestateur dans les soins de santé chroniques. Les soins de santé au Canada, c'est capital, Bulletin 3*. Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.

29. Conseil canadien de la santé. (2010). *Comment les Canadiens classent-ils leur système de soins de santé? Résultats du Sondage international 2010 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé. Les soins de santé au Canada, c'est capital, Bulletin 4*. Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
30. Conseil canadien de la santé. (2011). *Quelle part les Canadiens prennent-ils à leurs soins de santé primaires? Résultats du Sondage international 2010 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé. Les soins de santé au Canada, c'est capital, Bulletin 5*. Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
31. Conseil canadien de la santé. (2011). *Comment les Canadiens plus malades atteints de maladies chroniques évaluent-ils le système de soins de santé? Résultats du Sondage international 2011 des adultes plus malades du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé. Les soins de santé au Canada, c'est capital, Bulletin 6*. Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
32. Conseil canadien de la santé. (2013). *Comment les médecins canadiens de soins primaires classent-ils le système de soins de santé? Résultats du Sondage international 2012 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires. Les soins de santé au Canada, c'est capital, Bulletin 7*. Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
33. Conseil canadien de la santé. (2010). *Au point de rupture : Les chefs de file de la santé échangent des idées pour accélérer la réforme des soins de santé primaires*. Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
34. Conseil canadien de la santé. (2012). *Soutien à l'autogestion pour les Canadiens atteints de maladies chroniques : Point de mire sur les soins de santé primaires*. Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
35. Conseil canadien de la santé. (2010). *Décisions, décisions : Les médecins de famille en tant que gardes de l'accès aux médicaments d'ordonnance et à l'imagerie diagnostique*. Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
36. Maddigan, S.L., Majumdar, S.R., Guirguis, L.M., Lewanczuk, R.Z., Lee, T.K., Toth, E.L., et Johnson, J.A. (2004). Improvements in patient-reported outcomes associated with an intervention to enhance quality of care for rural patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 27(6), 1306–1312.
37. Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B., Cain, E., et Girouard, M. (2009). Cost-effectiveness and outcomes of a nurse practitioner-paramedic-family physician model of care: The Long and Brier Islands study. *Primary Health Care Research and Development*, 10, 14–25.
38. Barrett, J., Curran, V., Glynn, L., et Godwin, M. (2007). *CHSRF Synthesis: Interprofessional collaboration and quality primary healthcare*. Ottawa.
39. Kemp, K.A.R. (2007). The use of interdisciplinary medical teams to improve quality and access to care. *Journal of Interprofessional Care*, 21(5), 557–559.
40. Sommers, L.S., Marton, K.I., Barbaccia, J.C., et Randolph, J. (2000). Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Archives of Internal Medicine*, 160(12), 1825–1833.
41. Callahan, C.M., Boustani, M.A., Unverzagt, F.W., Austrom, M.G., Damush, T.M., Perkins, A.J., Fultz, B.A., et coll. (2006). Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care. *The Journal of the American Medical Association*, 295(18), 2148–2157.
42. Arevian, M. (2005). The significance of a collaborative practice model in delivering care to chronically ill patients: A case study of managing diabetes mellitus in a primary health care center. *Journal of Interprofessional Care*, 19(5), 444–451.
43. Gilbody, S., Bower, P., Fletcher, J., Richards, D., et Sutton, A.J. (2006). Collaborative care for depression. A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 166 2314–2321.
44. McAlister, F.A., Lawson, F.M.E., Teo, K.K., et Armstrong, P.W. (2001). A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *The American Journal of Medicine*, 110(5), 378–384.
45. Mable, A.L., et Marriott, J. (2012). *Politiques canadiennes de soins de santé primaires : L'évolution de la réforme*. Ottawa (Ontario) : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.
46. Levesque, J.F., Pineault, R., Frimard, D., Burge, F., Haggerty, J., Hogg, W. et Wong, S. (2012). *Regarder en arrière pour mieux avancer : synthèse de l'évaluation de la réforme des soins de santé primaires dans les provinces canadiennes*. Montréal (Québec) : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
47. Inforoute Santé du Canada. (Communication personnelle, 13 février 2013).
48. Inforoute Santé du Canada. (2012). *Méthode de financement*. Extrait le 22 mars 2013 de <https://www.inforoute.ca/index.php/programmes-services/investment-programmes/funding-approach>
49. Inforoute Santé du Canada. (2012). *Rapport annuel 2011–2012*.
50. Santé Canada. (2007). *Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires*. Extrait le 5 avril 2013 de <http://hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/index-eng.php>
51. Conseil de la fédération. (2012). *De l'innovation à l'action en matière de soins de santé. Premier rapport sur l'innovation en matière de santé*. Ottawa (Ontario) : Secrétariat du Conseil de la fédération.
52. Gouvernement de l'Alberta. (décembre 2012). *What's new for MyHealth.Alberta.ca?* Extrait le 28 mars 2013 de <https://myhealth.alberta.ca/Pages/news2.aspx>
53. Conseil canadien de la santé. (2009). *Rapport d'étape sur la Stratégie nationale en matière de produits pharmaceutiques : Une ordonnance non remplie*. Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
54. Bell, C., Griler, D., Lawson, J., et Lovren, D. (2010). *Prix et accès des médicaments génériques au Canada : Quelles sont les répercussions?* Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
55. Wiktorowicz, M.E., Lexchin, J., Moscou, K., Silversides, A., et Eggerston, L. (2010). *Keeping an eye on prescription drugs, keeping Canadians safe. Active monitoring systems for drug safety and effectiveness in Canada and internationally. Document d'étude commandité*. Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
56. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2012). *Élaborer un régime d'assurance-médicaments pour les Néo-brunswickois non assurés. Foire aux questions*. Extrait le 22 mars 2013 de http://www2.gnb.ca/content/gnb/en/corporate/promo/a_drug_plan_for_uninsurednewbrunswickers/questions.html#5
57. CBC News. (10 mai 2013). Programme de couverture des médicaments onéreux dévoilé pour l'Î.-P.-É. [Communiqué]. Extrait de <http://www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/story/2013/05/10/pei-catastrophic-drug-plan-584.html>

58. Santé Canada. (2012). *Services de santé non assurés pour les Premières nations et les Inuits - Liste des médicaments*.
59. Association canadienne du diabète. (2012). *In the balance: A renewed vision for the common drug review*. Toronto (Ontario) : Association canadienne du diabète.
60. Association canadienne du diabète. (2012). *Common ground: Exploring opportunities to enhance the drug review process in Canada*. Toronto (Ontario) : Association canadienne du diabète.
61. Law, M. (2012). *Money left on the table: Generic drug prices in Canada. Document d'étude*. Vancouver (Colombie-Britannique) : UBC Centre for Health Services and Policy Research.
62. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. (2012). *Rapport annuel 2011*. Ottawa (Ontario) : Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.
63. Gagnon, M.A. (2010). *The economic case for universal pharmacare. Costs and benefits of publicly funded drug coverage for all Canadians*. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de politiques alternatives et Institut de recherche et d'informations socio-économiques.
64. Association canadienne du médicament générique. (24 octobre 2012). Une nouvelle étude met les provinces en garde contre les appels d'offres en matière de médicaments génériques. [Communiqué de presse]. Extrait de http://www.canadiangenerics.ca/en/news/oct_24_12.asp
65. Law, M. (4 novembre 2012). Manufacturing anxiety about generic drug prices. *Toronto Star*. Extrait de <http://www.thestar.com/opinion/editorialopinion/article/1282268--manufacturing-anxiety-about-generic-drug-prices>
66. Husereau, D. (2012). *Value-based pricing of pharmaceuticals: Is a pan-Canadian approach feasible?* Document présenté au Symposium 2012 de l'ACMTS. Extrait de <http://www.cadth.ca/en/events/cadth-symposium-archives/2012-cadth-symposium-presentations>
67. Conseil de la fédération. (6 août 2010). Les premiers ministres travaillent à la préservation des systèmes de santé au Canada [Communiqué de presse]. Extrait de <http://www.councilofthefederation.ca/pdfs/PremiersProtectingCanadasHealthCareSystem.pdf>
68. Conseil de la fédération. (26 juillet 2012). Innovation en matière de santé : les premiers ministres proposent une série de mesures. [Communiqué de presse]. Extrait de http://www.councilofthefederation.ca/pdfs/Jul26_Health%20Communique-FINAL.pdf
69. Conseil de la fédération. (18 janvier 2013). Les provinces et les territoires cherchent à réaliser d'importantes économies sur le prix des médicaments génériques pour les Canadiens. [Communiqué de presse]. Extrait de http://www.councilofthefederation.ca/newsroom/newsroom_2013.html
70. Institut canadien d'information sur la santé. (Communication personnelle, 16 février 2013).
71. Institut canadien d'information sur la santé. (2012). *Facteurs d'accroissement des dépenses en médicaments prescrits au Canada*. Ottawa (Ontario) : Institut canadien d'information sur la santé.
72. Morgan, S.G., Raymond, C.B., Mooney, D., et Martin, D. (2008). *The Canadian RX Atlas, 2nd edition*. Vancouver, BC : UBC Centre for Health Services and Policy Research.
73. Morgan, S.G. (Communication personnelle, 5 septembre 2012).
74. Bureau du vérificateur général du Canada. (2011). *Rapport du vérificateur général du Canada à la Chambre des communes*. Ottawa : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux.
75. Santé Canada. (22 novembre 2011). Santé Canada répond au Rapport du vérificateur général par intérim. Chapitre 4 : La réglementation des médicaments. [Communiqué de presse]. Extrait de http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2011/2011_157-eng.php
76. Instituts de recherche en santé du Canada. (2011). À propos du RIEM. Extrait le 22 mars 2013 de <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/39389.html>
77. Peterson, R. (17 octobre 2012). *Étude sur les produits pharmaceutiques sur ordonnance au Canada. Fascicule n° 22. Transcription des délibérations (Témoignages)*. Ottawa (Ontario).
78. Instituts de recherche en santé du Canada. (31 octobre 2011). Le gouvernement du Canada prend des mesures pour protéger les familles canadiennes. [Communiqué de presse]. Extrait de <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/44479.html>
79. Instituts de recherche en santé du Canada. (31 octobre 2011). Document d'information - Réseau canadien pour l'étude observationnelle des médicaments. [Communiqué de presse]. Extrait de <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/44480.html>
80. Suissa, S., Henry, D., Caetano, P., Dormuth, C.R., Ernst, P., Hemmelgarn, B., Leloir, J., et coll. (2012). CNODES: the Canadian Network for Observational Drug Effect Studies. *Open Medicine*, 6(4), 134–140.
81. Santé Canada. (2012). *La feuille de route de la réglementation des aliments et des produits de santé*. Ottawa (Ontario) : Ministère de la Santé.
82. Santé Canada. (2011). *Initiative MedEffectMC Canada - Interface publique pour l'information et les programmes de surveillance après la mise en marché*. Ottawa (Ontario) : Santé Canada.
83. Santé Canada. (2012). *Cadre de vigilance des produits de santé*. Extrait le 22 mars 2013 de http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mpps/pubs/medeff/_fs-if/2012-hpvf-cvps/index-eng.php
84. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2013). *Les produits pharmaceutiques sur ordonnance au Canada : suivi postapprobation effectué pour en assurer l'innocuité et l'efficacité*. Ottawa.
85. Inforoute Santé du Canada. (2012). *Réalisation des avantages*. Extrait le 22 mars 2013 de <https://www.infoway-inforoute.ca/index.php/progress-in-canada/benefits-realization>
86. Canadian Pharmacists Association. (2012). *Summary of pharmacists' expanded scope of practice activities chart across Canada*. Extrait le 22 mars 2013 de <http://blueprintforpharmacy.ca/news/news-story/2012/04/26/summary-of-pharmacists'-expanded-scope-of-practice-activities-chart-across-canada>
87. Conseil canadien de la santé. (2010). *Changement de vitesse : Cibler, non plus les soins de santé au Canada, mais un Canada en santé*. Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
88. Réseau pancanadien de santé publique. (2011). *Réseau pancanadien de santé publique : Rapport annuel 2010-2011*.

- 89.** Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Leçons à retenir : Réponse de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada à la pandémie de grippe H1N1 de 2009 et plan d'action pour les recommandations*. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada.
- 90.** Agence de la santé publique du Canada. (2005). *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*.
- 91.** Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Modes de vie sains*. Extrait le 22 mars 2013 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/index-eng.php>
- 92.** Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques - Surveillance des principes directeurs. Introduction et contexte*. Extrait le 1^{er} avril 2013 de http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/reports/2008-09/hlcd-vsmc/surveillance/intro-eng.php
- 93.** Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Évaluation formative de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques*. Extrait le 22 mars 2013 de http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/reports/2008-09/hlcd-vsmc/index-eng.php
- 94.** Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Aperçu de la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains*. Extrait le 22 mars 2013 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs-eng.php>
- 95.** Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Renforcement de la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains - Cadre stratégique pancanadien intégré pour les modes de vie sains - 2010*. Extrait le 22 mars 2013 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/fw-eng.php>
- 96.** Agence de la santé publique du Canada. (2011). *Aperçu : Mesures de suivi et orientations futures 2011*. Extrait le 22 mars 2013 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/2011/overview-resume-eng.php>
- 97.** Gotay, C.C., Katzmarzyk, P.T., Janssen, I., Dawson, M.Y., Aminoltehari, K., et Bartley, N.L. (2013). Updating the Canadian obesity maps: An epidemic in progress. *Revue canadienne de santé publique*, 104(1), e64–e68.
- 98.** Consortium conjoint pancanadien pour les écoles en santé. (2012). *Rapport annuel*.
- 99.** Consortium conjoint pancanadien pour les écoles en santé. (2011). *Rapport annuel*.
- 100.** Agence de la santé publique du Canada. (2011). *La santé des jeunes Canadiens : un accent sur la santé mentale*. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada.
- 101.** Conseil canadien de la santé. (2011). *Comprendre et améliorer la santé maternelle et infantile des Autochtones au Canada : Conversations sur les pratiques prometteuses au pays*. Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
- 102.** Conseil canadien de la santé. (2012). *Empathie, dignité et respect : Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain*. Toronto (Ontario) : Conseil canadien de la santé.
- 103.** Direction générale des affaires publiques, de la consultation et des communications du Canada, First Nations Health Council et ministère de la Vie saine et du Sport, et Direction de la vie saine de la Colombie-Britannique (sans date). *British Columbia Tripartite First Nations health plan: Year in review 2008–2009*.
- 104.** The Federation of Saskatchewan Indians Nations, gouvernement du Canada et Gouvernement de la Saskatchewan. (2008). *Protocole d'entente sur la santé et le mieux-être des Premières nations en Saskatchewan*.
- 105.** Ministère des Relations et de la Réconciliation avec les Autochtones. (2011). *Measuring outcomes 2010–2011*. Extrait le 22 mars 2013 de http://www.gov.bc.ca/arr/social/measuring_outcomes/index.html
- 106.** Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique. (2011). *2010/11 annual service plan report*. Victoria (Colombie-Britannique) : Ministère de la Santé.
- 107.** Santé Canada. (2008). *Santé des Premières nations et des Inuits : Foire aux questions*. Extrait le 22 mars 2013 de <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/acces/faq-eng.php>
- 108.** Santé Canada. (2011). *Fonds de transition pour la santé des Autochtones*. Extrait le 22 mars 2013 de <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/acces/ahtf-eng.php>
- 109.** Santé Canada. (2011). *Fonds de transition pour la santé des Autochtones. Résultats et leçons retenues*. Extrait le 22 mars 2013 de <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/acces/oll-rlr-eng.php>
- 110.** Santé Canada. (2011). *Santé des Premières nations et des Inuits : Enveloppe du secteur de l'adaptation - Projets financés*. Extrait le 22 mars 2013 de <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/acces/adapt-list-eng.php>
- 111.** Santé Canada. (2011). *Fonds d'intégration des services de santé. Objectifs et principes*. Extrait le 22 mars 2013 de <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/acces/hsif-fiss-goals-principes-eng.php>
- 112.** Gouvernement du Canada. (2012). *Réponse du gouvernement au rapport Un changement transformateur s'impose : un examen de l'Accord sur la santé de 2004. Mesures pour améliorer la santé des Canadiens*.
- 113.** Gouvernement du Canada. (2013). *Emplois, croissance et prospérité à long terme. Plan d'action économique 2013*.
- 114.** Santé Canada. (2009). *Évaluation du programme de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA)*.
- 115.** Santé Canada. (sans date). *Renouveau de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA. Cadre de programme 2010–2015*. Ottawa (Ontario) : Santé Canada.
- 116.** Santé Canada. (2004). *Engagements en matière de santé autochtone*. Extrait le 22 mars 2013 de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/fs-if_abor-auto-eng.php
- 117.** Gouvernement du Canada, Assemblée des Premières Nations, Congrès des peuples autochtones, Inuit Tapiriit Kanatami, Ralliement national des Métis, Association des femmes autochtones du Canada. (2005). *Plan directeur de la santé des Autochtones : un plan de transformation sur 10 ans. Préparé pour la réunion des premiers ministres et des dirigeants des organismes autochtones*.

Références des encadrés

- S1.** Services de santé de l'Alberta. (2012). *Closed loop referral management in Alberta: Draft white paper*. Edmonton, AB : Services de santé de l'Alberta.
- S2.** Services de santé de l'Alberta. (2012). *Path to care: Opportunity assessment*. Document interne.
- S3.** Services de santé de l'Alberta. (11 décembre 2012). [Communication personnelle].
- S4.** Conseil canadien de la santé. (2013). *Comment les médecins canadiens de soins primaires classent-ils le système de soins de santé? Résultats du sondage international 2012 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires. Les soins de santé, c'est capital, Bulletin 7*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.
- S5.** Santé Manitoba. (2012). *Primary Care. Information package. Advanced access aligns with Manitoba's primary care improvement initiatives*. Extrait le 22 mars 2013 de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/access/package.html>
- S6.** Santé Manitoba. (2012). *Primary Care. Advanced Access: Frequently asked questions*. Extrait le 22 mars 2013 de http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/access/aa_faq.html
- S7.** Hudec, J.C. (2013). Advanced access appointments. Effects on family physician satisfaction, physicians' office income, and emergency department use. *Canadian Family Physician*, 59(2), e361-367.
- S8.** Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2012). *Cadre des soins de santé primaires pour le Nouveau-Brunswick*.
- S9.** Qualité des services de santé Ontario. (2012). *Accès ouvert, efficacité et gestion des maladies chroniques dans les soins primaires*. Extrait le 5 mai 2013 de <http://www.hqontario.ca/quality-improvement/primary-care/learning-community>.
- S10.** Wedel, R. et Clelland, S. (2010). *Alberta AIM. The Alberta improvement journey*. Présentation à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, Montréal, Québec. Extrait de http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Picking_up_the_pace_files/Steven_Clelland.sflb.ashx
- S11.** Santé Manitoba. (7 février 2013). [Communication personnelle].
- S12.** Santé Manitoba. (2012). *Advanced Access. Success Story. Burntwood Community Health Resource Centre's Experience* [Feuille de documentation]. Extrait de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/access/success.html>
- S13.** Santé Manitoba. (2010). *Success story. Norwest Co-op Community Health. Primary Care Advanced Access Team*. [Feuille de documentation]. Extrait de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/access/success.html>
- S14.** Agrément Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Institut canadien pour la sécurité des patients et Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (2012). *Bilan comparatif des médicaments au Canada : Hausser la barre - Progrès à ce jour et chemin à parcourir*. Ottawa, ON : Agrément Canada.
- S15.** Inforoute Santé du Canada (producteur). (2012). *Medication reconciliation, The Ottawa Hospital. ImagineNation outcomes challenge [Vidéo]*. Extrait le 22 mars 2013 de <http://www.imagenationchallenge.ca/outcomes-challenge/medication-reconciliation-2/>
- S16.** L'Hôpital d'Ottawa. (19 décembre 2012). [Communication personnelle].
- S17.** Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse. (21 janvier 2013). [Communication personnelle].
- S18.** Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse. (2012). *Thrive! A plan for a healthier Nova Scotia*. Halifax, NS : Gouvernement de la Nouvelle-Écosse.
- S19.** First Nations Health Authority (FNHA). (2011). *Mandate of the First Nations Health Authority*. Extrait le 22 mars 2013 - de <http://www.fnhc.ca/index.php/iFNHA/mandate>
- S20.** First Nations Health Council. (2011). *In transition*. Extrait le 22 mars 2013 de http://www.fnhc.ca/index.php/iFNHA/in_transition
- S21.** First Nations Health Council. (2011). *About the FNHA*. Extrait le 22 mars 2013 de <http://www.fnhc.ca/index.php/iFNHA/>
- S22.** First Nations Health Authority (FNHA). (17 décembre 2012). *Quarterly transition update. Update from the FNHC and FNHA on Framework Agreement Implementation*.
- S23.** First Nations Health Authority. (10 janvier 2013). [Communication personnelle].

Le Conseil canadien de la santé voudrait remercier Santé Canada de sa participation financière. Cette publication ne reflète pas nécessairement les opinions de Santé Canada.

Format de citation recommandée :

Conseil canadien de la santé. (2013). *Rapport de progrès 2013 : Renouvellement des soins de santé au Canada*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé. conseilcanadiendelasante.ca.

ISBN 978-1-926961-80-4 PDF
ISBN 978-1-926961-79-8 Imprimé

Le contenu de cette publication peut être reproduit en tout ou en partie, à des fins non commerciales uniquement et sous réserve que le Conseil canadien de la santé soit dûment mentionné.

© (2013) Conseil canadien de la santé
This publication is also available in English.



Utilisez ce code-barres pour voir instantanément le rapport en ligne.

1. Allez à www.getscanlife.com et téléchargez gratuitement l'application (le tarif standard pour les données est applicable).
2. Touchez l'icône scanlife sur votre téléphone, puis faites une photo du code barres.
3. Votre téléphone lit le code-barres et fait le lien avec le rapport et d'autres contenus numériques.



Health Council of Canada
Conseil canadien de la santé

90, avenue Eglinton Est, bureau 900
Toronto (Ontario) M4P 2Y3

Téléphone : 416.481.7397
Sans frais : 1.866.998.1019
Télécopieur : 416.481.1381

information@conseilcanadiendelasante.ca
conseilcanadiendelasante.ca