

LE RENOUVELLEMENT DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA | FRAYER LA VOIE DE LA QUALITÉ



RAPPORT ANNUEL AUX CANADIENS 2005

Février 2006

TABLE DES MATIÈRES

Message de Michael Decter, président du Conseil canadien de la santé	1
Renouvellement des soins de santé au Canada : qu'ont promis les gouvernements?	2
Le départ : frayer la voie de la qualité	5
Voies de renouvellement des soins de santé	12
À propos de ce rapport	14
Première voie : amélioration de l'accès aux services de santé nécessaires	17
Soins primaires	18
Ressources humaines de la santé	25
Soins à domicile	34
Gestion des médicaments	40
Temps d'attente	46
Deuxième voie : amélioration de la qualité des soins	53
Sécurité des patients	54
Systèmes de gestion de l'information pour des soins de qualité	58
Conseils de la qualité	67
Indicateurs de santé et rapports publics	69
Transferts fédéraux aux provinces et aux territoires	71
Troisième voie : amélioration de la santé de la population	79
Morbidité chronique	80
Stratégie en matière de modes de vie sains	85
Inégalités de santé	89
Santé des Autochtones	93
Convergence des voies	95
À propos du Conseil canadien de la santé	97
Remerciements	99
Bibliographie	100
Annexes	103
Annexe A. Rôle des organismes nationaux	105
Annexe B. Tableaux des secteurs de compétence sur le renouvellement des soins de santé	107
Annexe C. Progrès dans l'application des conseils que donne le rapport de 2005	170

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1	Résumé des progrès par rapport aux engagements clés des premiers ministres dans les accords portant sur les soins de santé (Accord de 2003, Plan décennal de 2004 et Plan directeur de la santé des Autochtones de 2005)	7
Figure 1	Voies de renouvellement des soins de santé	13
Tableau 2	Services de télésanté, certains secteurs de compétence, 2005	21
Tableau 3	Composition des équipes de soins primaires, certains secteurs de compétence	22
Tableau 4	Plans pour de nouveaux programmes de formation interprofessionnelle	27
Tableau 5	Régime de prestations de compassion, 2004-2005	37
Tableau 6	Dépenses en médicaments par secteur de compétence, 2002	43
Tableau 7	Temps réels d'attente de certains traitements dans certaines provinces – information des sites Web grand public en décembre 2005	48
Tableau 8	Rapport d'étape d'Inforoute Santé du Canada sur la réalisation de son objectif d'électronisation des dossiers de santé de la moitié des Canadiens d'ici 2010	59
Graphique 1	Utilisation par les médecins canadiens de technologies d'information sur la santé dans les cabinets et les hôpitaux comme milieu de soins, 2004	60
Tableau 9	Calendrier du programme « Connecting for Health » du National Health Service au Royaume-Uni	61
Tableau 10	Dépenses gouvernementales totales en santé par habitant, Canada (\$ de 1997)	72
Graphique 2	Dépenses par habitant selon les sources et en proportion des dépenses totales en santé, Canada, 1975-2004t	73
Tableau 11	Certains transferts fédéraux aux provinces et territoires dans le domaine de la santé	75
Tableau 12	Rapports financiers sur les transferts fédéraux dans le cadre de l'Accord de 2003 et du Plan décennal de 2004	77
Graphique 3	Principales causes de décès dans le monde, 2005	81
Graphique 4	Principales causes de décès au Canada, 2005	81
Tableau 13	Tableau de mise à disposition de certains vaccins en financement public selon les secteurs de compétence, 2005	87
Graphique 5	Évolution du revenu familial à Toronto, 1980-2000	90
Tableau 14	Statistiques comparatives de la santé, Premières nations et ensemble de la population canadienne	93

MESSAGE DE MICHAEL DECTER, président du Conseil canadien de la santé

Dans leur Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé et dans leur Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé, les premiers ministres sont passés d'un simple débat sur le renouveau des soins à des mesures concrètes de réalisation et, dans ce cadre, le Conseil canadien de la santé était mieux placé que tout autre pour suivre ce mouvement et en déclarer les progrès aux Canadiens. Il juge être là pour témoigner et conseiller, c'est-à-dire pour passer les progrès en revue, évaluer le succès et recommander les changements qu'il considère comme nécessaires.

En janvier 2005, il a produit un premier rapport où il mettait en évidence les secteurs de compétence et les projets dans lesquels le mouvement prenait corps, où il indiquait des domaines prioritaires d'intervention et où son mot d'ordre était l'impératif d'accélérer les choses.

Nous avons proposé quatre centres d'intérêt :

- 1) Main-d'œuvre fournissant des soins de santé : il faut disposer d'un nombre suffisant de prestataires de soins de santé formés en équipes sinon tous les autres efforts seront vains;
- 2) Santé des membres des Premières nations, des Métis et des Inuits : il faut réduire les inégalités énormes d'état de santé entre les Autochtones et les autres Canadiens;
- 3) Organisation des soins primaires : le premier point de contact des patients doit être une équipe de professionnels de la santé capable d'assurer des services de promotion de la santé et de prévention de la maladie;
- 4) Modernisation des dossiers de santé : il faut disposer sur support électronique de l'information sur la santé des patients là où ceux-ci reçoivent les services.

Douze mois se sont écoulés et nos vœux n'ont pas changé. Malgré d'abondants investissements, les difficultés subsistent. Il faut toujours que les soins se renouvellent plus rapidement et dans tous les secteurs.

Dans ce deuxième rapport aux Canadiens, nous énonçons nos priorités en matière d'amélioration des soins. Le Conseil canadien de la santé a un message simple et direct : la santé des Canadiens ne saurait s'améliorer par le seul accent mis sur l'accès aux services de santé.

Il n'y a pas de voie unique menant à une meilleure santé des Canadiens. Les voies sont multiples et importantes. Nous en recommandons trois : accès plus rapide aux services de santé nécessaires, services de meilleure qualité et attention prêtée aux déterminants de la santé de la population en dehors du système de santé.

Donnons-nous les soins les plus sûrs et les plus appropriés? Investissons-nous suffisamment en prévention? Réduisons-nous les inégalités de santé? Réponse : non, pas encore, mais nous pourrions. Le Conseil est d'avis que nos connaissances suffisent à la réalisation d'un programme d'action en matière de qualité, mais pour frayer la voie de la qualité des soins, il faudra des investissements soutenus, une coordination entre les gouvernements et les prestataires de soins de santé et un leadership qui rend des comptes.

Dans tous les secteurs que nous observons, nous voyons des foyers circonscrits d'activité où on obtient des résultats intéressants. Il faut que ces éléments d'innovation soient parrainés et que leur nombre augmente. Ce qui manque, c'est un sentiment général d'urgence qui ferait précipiter le mouvement de renouveau. Ce sentiment collectif doit venir de tous les gens qui entretiennent et soutiennent le système de santé. Attendre trop longtemps le renouveau est aussi préjudiciable pour notre système de santé qu'attendre trop longtemps les soins appropriés peut l'être pour les gens. Les Canadiens méritent davantage.

Michael Decter

RENOUVELLEMENT DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA : QU'ONT PROMIS LES GOUVERNEMENTS?

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

En février 2003, les premiers ministres au double palier fédéral et provincial-territorial ont apposé leur signature au bas de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé qui offrait aux Canadiens les garanties suivantes :

- accès à un prestataire de soins de santé approprié 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7;
- accès rapide aux actes de diagnostic et de traitement;
- transférabilité entre prestataires de soins de santé des dossiers et des examens de santé;
- accès à des soins à domicile et à des soins communautaires de qualité;
- accès aux médicaments nécessaires sans difficultés financières;
- accès à des soins de qualité dans n'importe quelle région de résidence;
- efficacité, souplesse et adaptabilité présentes et futures du système de santé devant l'évolution des besoins des gens, des familles et des collectivités.

Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé

En septembre 2004, ces mêmes premiers ministres ont signé un deuxième accord sur la santé reposant sur les principes suivants :

- universalité, accessibilité, transférabilité, intégralité et administration publique;
- accès aux services de santé médicalement nécessaires en fonction des besoins, et non pas de la capacité de payer;
- réforme axée sur les besoins des patients pour que tous les Canadiens aient accès aux soins nécessaires quand ils en ont besoin;
- collaboration de tous les gouvernements agissant de concert pour répondre aux besoins de santé en évolution des Canadiens;
- progrès par le partage des pratiques exemplaires;
- reddition de comptes et information permanentes pour faire connaître les progrès aux citoyens;
- souplesse selon les secteurs de compétence.

Conférence annuelle des ministres de la Santé de 2005

À leur rencontre annuelle, les ministres de la Santé ont pris les engagements suivants :

- collaborer à la recherche pour produire des données démontrant comment les temps d'attente influent sur la santé des patients;
- hâter les travaux pour trouver des solutions possibles au problème des coûts exorbitants de médicaments;
- collaborer à des programmes de recherche limités dans le temps, notamment à des études cliniques portant sur les victimes de deux maladies rares et le respect des consignes de traitement de ces affections;
- étendre le Programme commun d'examen des médicaments à l'ensemble des produits pharmaceutiques et travailler à un formulaire national;
- assigner au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés une responsabilité de surveillance et de déclaration des prix des médicaments non brevetés;
- collaborer à la collecte, à l'intégration et à la diffusion des données sur les risques et les avantages concrets des médicaments;
- convenir d'un ensemble d'objectifs d'amélioration de la santé des Canadiens.



LE DÉPART



LE DÉPART

Frayer la voie de la qualité

Depuis deux ans, il y a des investissements peu communs de tous les paliers de gouvernement dans les services de santé au Canada. Dans leur Accord de 2003, les premiers ministres ont engagé pour 36 milliards de dollars de fonds fédéraux sur une période de cinq ans. Dans leur Plan pour consolider les soins de santé qu'ils ont produit l'année suivante, ils ont haussé ce financement au niveau de 41 milliards. Pour la santé des Autochtones, ils se sont par ailleurs engagés à investir 2 milliards de plus au cours des cinq prochaines années.

Tous ces fonds s'ajoutent à ce que dépensent déjà en soins chaque année les gouvernements provinciaux et territoriaux et les Canadiens à titre individuel; c'est une somme estimée à 142 milliards de dollars en 2005¹. Il y a dix ans, ces dépenses n'étaient que d'environ 75 milliards par an.

Ce nouvel apport de fonds était assorti d'un engagement de renouvellement des modes de prestation de soins. Les gouvernements se sont entendus pour créer des équipes en soins primaires, accroître l'accès aux soins à domicile et aux médicaments et réduire le temps que doivent attendre les Canadiens pour un certain nombre d'actes de chirurgie et de diagnostic. Ils ont aussi reconnu la nécessité d'investir dans la main-d'œuvre de la santé, dans des stratégies devant aider les Canadiens à faire des choix de vie saine, dans la technologie de l'information pour des soins plus sûrs et plus efficaces et dans des rapports à la population sur le fonctionnement du système de santé.

Comment nous en sommes-nous tirés? Le tableau 1 récapitule les grands éléments des ententes et les activités en cours. Si nous nous comparons à d'autres qui ont transformé leurs services de santé ces dernières années – National Health Service au Royaume-Uni et Veterans Health Administration aux États-Unis, entre autres points de comparaison – nous constatons que les progrès ont été lents au Canada. Le Conseil canadien de la santé juge que le plus grand obstacle est l'hésitation générale des gouvernements et des chefs de file du système de santé à se fixer des objectifs et à rendre compte de ce qui s'accomplit comme progrès. Il semblerait que les dirigeants attendent que les changements soient universellement acceptés pour s'atteler vigoureusement à cette tâche. Il faut un leadership qui s'affirme, sans quoi le mouvement de renouveau ira à la dérive. Au rythme actuel, des volets essentiels du renouveau des soins, qu'il s'agisse de la mise en place d'équipes de soins primaires ou de l'électronisation des dossiers de santé, ne seront pas entièrement en place avant bien des années. Notre système de santé hautement valorisé peut-il se permettre d'attendre? Que doit-on faire pour surmonter les obstacles?



Tableau 1. Résumé des progrès par rapport aux engagements clés des premiers ministres dans les accords portant sur les soins de santé

(Accord de 2003, Plan décennal de 2004 et Plan directeur de la santé des Autochtones de 2005)

	Engagements clés	Résumé des progrès	Évaluation des progrès
Soins primaires	La moitié de la population aura accès le plus tôt possible à un prestataire de soins de santé approprié 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Cet objectif doit être atteint intégralement d'ici 2011. (Accord de 2003)	Accès téléphonique après les heures d'activité dans 9 secteurs de compétence et autres services disponibles en soins primaires dans un nombre limité de régions.	La vision initiale d'équipes a été diluée.
	La moitié de la population aura d'ici 2011 un accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à des équipes multidisciplinaires. (Plan de 2004)	Création d'équipes en cours dans tous les secteurs de compétence (équipes principalement formées de médecins et d'infirmières et infirmiers).	Il y a innovation surtout dans des projets pilotes, et on ne sait au juste comment le mouvement sera soutenu à long terme.
	Chaque secteur de compétence a fixé ses propres objectifs pluriannuels pour des progrès vérifiables. (Accord de 2003)	Officialisation d'indicateurs de résultats pour mars 2006.	On met au point des indicateurs pour mesurer les progrès, mais leur utilisation n'est pas garantie à long terme.
Soins à domicile	Protection au premier dollar à l'égard d'un panier de services en soins actifs de courte durée, notamment en soins actifs de santé mentale communautaire et en soins de fin de vie. (Accord de 2003)	Les ministres de la Santé travaillent à un panier de services.	Dans les priorités actuelles, on oublie les Canadiens souffrant de maladies chroniques.
	Protection au premier dollar pour 2006 à l'égard des soins actifs de courte durée à domicile pendant une période de prestation de deux semaines en gestion de cas, en médication intraveineuse liée au diagnostic de congé d'hôpital et en soins infirmiers et personnels, à l'égard des soins actifs de courte durée de santé mentale communautaire pendant une période de prestation de deux semaines en gestion de cas et en services d'intervention de crise et à l'égard des soins de fin de vie en gestion de cas, en soins infirmiers, en médication palliative et en soins personnels. (Plan de 2004)	On ignore les progrès dans un certain nombre de dossiers, car les ministres de la Santé ont jusqu'en décembre 2006 pour rendre compte des progrès accomplis.	Un certain nombre de secteurs de compétence disposent déjà d'un éventail plus large de services.
	On attend un rapport d'étape en décembre 2006. (Plan de 2004)		
	Le gouvernement fédéral créera des prestations de compassion. (Accord de 2003)	Le régime de prestations de compassion est en place et 10 secteurs de compétence ont adopté des lois de protection des emplois. Le gouvernement fédéral a proposé de modifier ce régime pour qu'un plus grand nombre de Canadiens y soient admissibles.	Le régime de prestations de compassion n'est pas bien conçu et doit subir des changements visant au soutien d'un plus grand nombre de Canadiens qui prennent soin à domicile d'êtres chers sur le point de mourir.

Tableau 1. Résumé des progrès par rapport aux engagements clés des premiers ministres dans les accords portant sur les soins de santé – suite

	Engagements clés	Résumé des progrès	Évaluation des progrès
Gestion des médicaments	<p>Prendre des mesures d'ici la fin de 2005–2006 pour que les Canadiens jouissent d'un accès raisonnable à une protection contre les coûts exorbitants de médicaments. (Accord de 2003)</p> <p>Charger un groupe de travail ministériel de concevoir et d'appliquer la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques et de produire un rapport d'étape d'ici juin 2006. (Plan de 2004).</p> <p>Les ministres de la Santé se sont entendus en octobre 2005 sur ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • protection contre les coûts exorbitants de médicaments; • extension du Programme commun d'examen des médicaments; • formulaire national commun; • rôle élargi du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés; • recherche sur les maladies rares; • données sur les risques et les avantages des médicaments. 	<p>Le groupe de travail ministériel indique travailler à la stratégie en question avec son volet de couverture du prix catastrophique des médicaments.</p> <p>On ignore les progrès dans un certain nombre de dossiers, car les ministres de la Santé ont jusqu'à juin 2006 pour rendre compte des progrès accomplis.</p>	<p>Dans l'Accord de 2004, on a réduit l'engagement pris dans l'Accord de 2003 d'instituer une protection contre les coûts exorbitants de médicaments.</p> <p>Les ministres de la Santé ont renouvelé leur engagement en la matière à leur réunion de 2005; 5 de leurs 6 engagements précis portaient sur les produits pharmaceutiques.</p>
Temps d'attente	<p>Nette réduction d'ici mars 2007 des temps d'attente en oncologie, en cardiologie, en imagerie diagnostique, en arthroplastie et en rétablissement de la vue. (Plan de 2004)</p> <p>Chaque secteur de compétence consent à créer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des indicateurs comparables d'accès aux professionnels de la santé et aux actes de diagnostic et de traitement (un rapport sera produit d'ici décembre 2005); • des valeurs objectives de référence pour des temps d'attente médicalement acceptables dans cinq secteurs d'ici décembre 2005; • des objectifs pluriannuels de réalisation des objectifs prioritaires d'ici décembre 2007. (Plan de 2004) 	<p>Les provinces et les territoires entreprennent individuellement de mettre au point des stratégies.</p> <p>Établissement du Fonds pour la réduction des temps d'attente.</p> <p>Nomination par le gouvernement fédéral du Dr. Brian Postl à titre de conseiller spécial sur les temps d'attente.</p> <p>En décembre 2005, on a annoncé les objectifs fixés pour le cancer, la fracture de la hanche, l'arthroplastie de la hanche et du genou, le traitement opératoire de la cataracte et le pontage cardiaque. On n'a pas annoncé d'objectifs pour l'imagerie diagnostique.</p> <p>Le 31 décembre 2005, des indicateurs comparables n'avaient pas encore été annoncés.</p>	<p>Le public dispose de plus de renseignements sur l'état actuel des listes d'attente.</p> <p>Le manque de comparabilité des méthodes de déclaration rend difficile toute comparaison des temps d'attente.</p>

Tableau 1. Résumé des progrès par rapport aux engagements clés des premiers ministres dans les accords portant sur les soins de santé – suite

	Engagements clés	Résumé des progrès	Évaluation des progrès
Ressources humaines de la santé	<p>Collaborer à des stratégies devant garantir une offre suffisante de main-d'œuvre en santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> renforcer la base de données pour la planification nationale; promouvoir une formation interdisciplinaire des prestataires de soins de santé; améliorer le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé. (Accord de 2003) 	<p>Des projets sont en cours en formation interprofessionnelle, en évaluation des diplômés de l'étranger et en élaboration de modèles de planification.</p> <p>On a entrepris de repenser les programmes d'éducation et de formation avec la participation de presque toutes les écoles de médecine, mais avec une proportion restreinte des autres écoles professionnelles.</p>	<p>On ne compte pas assez de programmes de formation interprofessionnelle au Canada et leur nombre devrait s'accroître.</p>
	<p>Les secteurs de compétence acceptent d'accroître l'offre de professionnels de la santé en fonction de leur évaluation des lacunes, ainsi que de rendre publics leurs plans d'action pour décembre 2005 avec des objectifs de formation, de recrutement et de maintien en poste des professionnels de la santé. (Plan de 2004)</p>	<p>8 secteurs de compétence ont rendu publics leurs plans.</p>	<p>Il n'y a que 4 plans qui indiquent des objectifs à atteindre. Les plans d'action devraient être plus complets, comporter des objectifs bien précis pour l'avenir et faire appel à de solides données sur les besoins en santé de la population.</p>
	<p>Le gouvernement fédéral s'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> hâter et étendre l'évaluation des diplômés formés à l'étranger en santé pour les secteurs de compétence participants; orienter les efforts en vue d'accroître l'offre de main-d'œuvre professionnelle de la santé dans les collectivités autochtones et les collectivités des minorités de langue officielle; alléger le fardeau financier imposé aux étudiants; participer à la planification des ressources humaines de la santé avec les secteurs de compétence intéressés. (Plan de 2004) 	<p>On a réservé 70 millions de dollars en vue d'aider les secteurs de compétence à accroître leur capacité d'évaluation des diplômés de l'étranger.</p>	<p>On devrait uniformiser le cadre d'évaluation des diplômés de l'étranger.</p>
	<p>Le gouvernement du Canada s'engage à doubler en 10 ans le nombre de médecins et d'infirmières et infirmiers autochtones. (Plan directeur de 2005)</p>	<p>Diffusion d'un document-cadre de planification à l'automne de 2005.</p> <p>Il est trop tôt pour rendre compte des progrès accomplis.</p>	<p>Un certain nombre de projets sont en cours dans les domaines prioritaires indiqués, mais il n'y a pas encore en place de stratégie nationale de gestion des ressources humaines de la santé.</p> <p>Il est trop tôt pour rendre compte des progrès accomplis.</p>

Tableau 1. Résumé des progrès par rapport aux engagements clés des premiers ministres dans les accords portant sur les soins de santé – suite

	Engagements clés	Résumé des progrès	Évaluation des progrès
Gestion de l'information	Accorder la priorité à l'électronisation des dossiers de santé et au développement des applications de télésanté. (Accord de 2003)	Surcroît de fonds pour Inforoute Santé du Canada. Objectif fixé d'électronisation des dossiers de santé de la moitié des Canadiens d'ici 2010.	L'électronisation des dossiers de santé est trop lente. On n'exploite pas la technologie au maximum. Une fructueuse collaboration est née pour les achats et les normes des systèmes; c'est une note encourageante.
	Accélérer l'électronisation des dossiers de santé, ce qui comprend l'électronisation des ordonnances et les applications de télésanté. (Plan de 2004)	Inforoute Santé du Canada a haussé à 75 % des coûts totaux sa part du financement de l'électronisation des dossiers de santé.	Des systèmes électroniques d'information pharmaceutique sont en place dans quelques secteurs de compétence seulement. La délivrance d'ordonnances par voie électronique n'est pas répandue.
Modes de vie sains et santé publique	Travailler à des stratégies de vie saine et à d'autres initiatives destinées à réduire les inégalités d'état de santé. (Accord de 2003)	On a élaboré une Stratégie en matière de modes de vie sains et trois objectifs ont été rendus publics pour 2015 : saine alimentation, activité physique et poids santé.	Les objectifs ne visent pas les inégalités de santé.
	Mettre en place une stratégie nationale d'immunisation. (Accord de 2003)	On a octroyé des fonds aux provinces et aux territoires pour l'achat de vaccins.	Ce financement a permis d'uniformiser la protection en immunisation dans tout le pays.
	Hâter l'élaboration d'une stratégie de santé publique avec des objectifs et des cibles d'amélioration de l'état de santé. (Plan de 2004)	Les objectifs nationaux de santé publique ont été arrêtés et rendus publics.	Les énoncés d'objectifs sont généraux et n'indiquent pas de résultats mesurables.
Santé des Autochtones	Élaboration du Cadre de l'établissement de rapports sur la santé autochtone. (Accord de 2003)	Le gouvernement fédéral a doté de 700 millions un Fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones.	L'investissement est appréciable, mais on se doit de clarifier les rôles, les responsabilités et les obligations de rendre compte.
	Le Cadre de l'établissement de rapports sur la santé autochtone sera prêt en 2007; on commencera à produire ces rapports en 2010–2011. (Plan directeur de 2005)	Il est trop tôt pour rendre compte des progrès.	Il est trop tôt pour évaluer les progrès.
	Diffusion en novembre 2005 du Plan directeur de la santé des Autochtones et affectation de 1,3 milliard de dollars de plus aux initiatives en matière de santé.	Il est trop tôt pour rendre compte des progrès.	Il est trop tôt pour évaluer les progrès.
	Objectifs de lutte à la mortalité infantile, au suicide chez les jeunes, à l'obésité chez les enfants et au diabète avec une réduction de 20 % en 5 ans et de 50 % en 10 ans. (Plan directeur de 2005)	Il est trop tôt pour rendre compte des progrès.	Il est trop tôt pour évaluer les progrès.

Tableau 1. Résumé des progrès par rapport aux engagements clés des premiers ministres dans les accords portant sur les soins de santé – suite

	Engagements clés	Résumé des progrès	Évaluation des progrès
Rapports publics	<p>Rapports publics annuels sur les soins primaires, les soins à domicile, les produits pharmaceutiques, l'imagerie diagnostique et l'appareillage médical en fonction d'indicateurs comparables à partir de 2004. (Accord de 2003)</p> <p>Les gouvernements doivent rendre compte à leur population du rendement du système de santé, ce qui comprend les éléments du Plan décennal. (Plan de 2004)</p>	<p>Tous les secteurs de compétence ont participé à l'élaboration de rapports sur des indicateurs de santé comparables en 2002 et 2004.</p> <p>La Colombie-Britannique et la Saskatchewan ont rendu expressément compte des dépenses relevant du Fonds de réforme de la santé en soins primaires, en soins à domicile et en produits pharmaceutiques.</p> <p>La Colombie-Britannique, la Saskatchewan, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse ont rendu expressément compte de leurs dépenses relevant du Fonds pour l'équipement diagnostique et médical.</p> <p>La province de Québec a produit un rapport sur tous les engagements pris en 2004.</p> <p>Le ministère fédéral des Finances rend compte des crédits annuels.</p>	<p>Les rapports d'indicateurs de santé comparables ne sont pas un bon mécanisme de déclaration pour le grand public.</p> <p>La plupart des secteurs de compétence ne rendent pas compte séparément de ce qu'ils ont reçu comme transferts fédéraux.</p>
	<p>Le Conseil canadien de la santé doit produire un rapport sur les éléments des accords. (Accord de 2003 et Plan de 2004)</p> <p>L'ICIS doit rendre compte des progrès en ce qui concerne les temps d'attente. (Plan de 2004)</p>	<p>Le Conseil canadien de la santé produit des rapports annuels en janvier 2005 et février 2006.</p> <p>L'ICIS rendra compte en février 2006 des progrès dans le dossier des temps d'attente.</p>	

VOIES DE RENOUVELLEMENT DES SOINS DE SANTÉ

Les accords conclus par les premiers ministres en 2003 et 2004 ont été le point de départ de l'accroissement des investissements publics dans le système de santé. Ils nous ont fait passer aux actes avec, dans une large mesure, un accent sur l'accès aux services de santé.

Le mouvement de renouveau doit se donner une destination plus haute, celle de l'amélioration de la santé des Canadiens. Pour parvenir à cette fin, nous devons parcourir plusieurs voies simultanément. Nous devons nous attaquer aux obstacles à la qualité des services de santé et privilégier les mesures destinées à améliorer la santé de la population.

Le Conseil canadien de la santé propose trois voies pour les futurs efforts de renouvellement des soins :

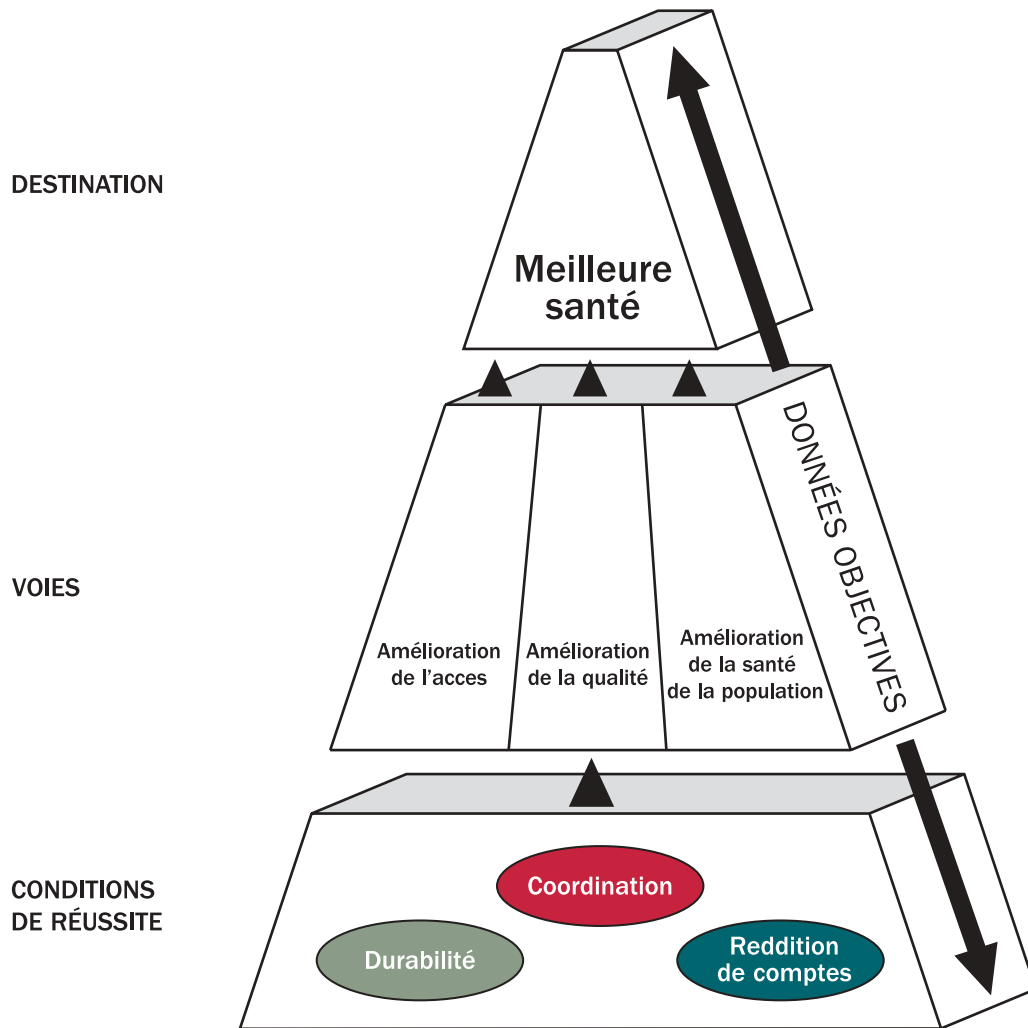
- **Amélioration de l'accès aux services de santé nécessaires** – Il s'agit d'accroître l'accès aux équipes de soins primaires, d'étendre les soins à domicile pour la prise en charge des maladies aiguës et chroniques, d'homologuer seulement les médicaments sûrs et efficaces, de ménager des délais raisonnables aux patients en attente d'actes de chirurgie et de diagnostic et de former un nombre suffisant de prestataires de soins de santé à l'application des nouveaux modèles de prestation de soins.
- **Amélioration de la qualité des soins** – Il s'agit de s'attacher à la sécurité des patients, d'accélérer les investissements en électronique des dossiers de santé et des ordonnances, de mettre en place des conseils de la qualité, d'établir des indicateurs pour des rapports publics de grande qualité et d'assurer une formation générale des patients sur place en amélioration de la qualité.
- **Amélioration de la santé de la population** – Il s'agit d'investir dans les modes de vie sains et la prise en charge des affections chroniques et de remédier aux conditions socioéconomiques qui créent des inégalités en matière de santé.

Si les réformes se font d'une manière équilibrée dans les trois voies où on doit s'engager, on parviendra à la destination d'une amélioration de la santé. La réussite de cette entreprise sera aussi fonction de notre respect de plusieurs facteurs de succès qui, aux yeux du Conseil canadien de la santé, sont essentiels à un cheminement sans encombre. Voici ces conditions :

- **Durabilité** – les réformes et les initiatives de renouvellement doivent pouvoir s'appuyer sur un financement soutenu et une infrastructure efficace;
- **Coordination** – les gouvernements et les prestataires de soins de santé de santé doivent collaborer pour vaincre les obstacles et faire mieux que les progrès morcelés constatés à ce jour;
- **Reddition de comptes** – les gouvernements et les chefs de file du système de santé doivent rendre compte des progrès dans le renouvellement des soins en produisant des rapports publics significatifs.

À chaque étape de ce cheminement, les décisions de changement devraient faire appel aux meilleures **données** disponibles. La figure 1 illustre ces idées.

Figure 1. Voies du renouvellement des soins de santé



À PROPOS DE CE RAPPORT

Dans le présent rapport, nous examinons les progrès du Canada dans trois voies menant au renouvellement des soins et à l'amélioration de la santé. Nous évoquons ce que les gouvernements se sont engagés à faire en application des accords qu'ils ont conclus en matière de soins. Nous décrivons où nous en sommes aujourd'hui et ce qui empêche de progresser davantage. Nous indiquons enfin ce qui, de l'avis du Conseil, doit se faire pour que soient dégagées les voies d'un changement bien réel.

Il sera aussi question de certains travaux de divers autres organismes nationaux avec lesquels collabore le Conseil canadien de la santé. L'annexe A décrit les rôles respectifs de ces organismes.

Cette année encore, nous renseignons le lecteur sur les activités menées par les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral en fonction des engagements pris en 2003 et 2004 (annexe B et tableaux répartis dans le document). Pour dresser les tableaux en question, nous avons sollicité des données des secteurs de compétence qui font partie du Conseil canadien de la santé, à savoir la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le gouvernement du Canada. Comme l'Alberta et le Québec ne sont pas membres du Conseil, nous n'avons pas directement demandé des renseignements à leurs gouvernements respectifs, mais nous livrons à leur sujet des renseignements tirés de leurs rapports publics et de leurs sites Web. Certains tableaux portent sur les activités d'une partie seulement des secteurs de compétence.

Les renseignements présentés sont ceux qui étaient disponibles à l'époque de la production du rapport. Comme les gouvernements devaient produire des rapports sur plusieurs secteurs clés à la fin de décembre, nous commentons séparément leurs programmes d'action en ressources humaines de la santé et les indicateurs comparables qu'ils ont établis sur l'accès aux professionnels de la santé et aux actes de diagnostic et de traitement. On pourra consulter ces données de mise à jour à notre site Web www.conseilcanadiendelasante.ca.

Nous renseignons en outre dans notre rapport sur les progrès dans l'application des conseils que nous avons donnés dans notre rapport de janvier 2005 *Le renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement* (annexe C).

Nous mettons en évidence les éléments d'innovation dans le domaine des soins dans le présent document et dans six nouvelles vidéos formant une série de minidocumentaires sous le titre « Relier les points ». Il sera enfin question d'une famille canadienne fictive et de ses diverses expériences dans le domaine des soins, le but étant d'illustrer comment les politiques et les programmes de la santé influent sur les gens. Vous rencontrerez les intéressés à divers stades du cheminement d'amélioration de la santé.





À LA RENCONTRE DES JOHNSON

Frank et Juanita sont mari et femme avec deux enfants. Frank, 52 ans, est travailleur autonome. Il gagne 50 000 \$ par an. On a diagnostiqué chez lui un diabète du type 2. Quant à Juanita, elle gagne 22 800 \$ par an. Leur fille Ellie est atteinte d'une forme aggravée d'asthme. N'ayant pas d'assurance privée de soins médicaux par leur emploi ou par des régimes complémentaires, Frank et Juanita comptent sur le régime provincial d'assurance-maladie et sur leur propre argent pour répondre aux besoins en soins de leur famille.

La mère de 75 ans de Frank, Maria, occupe son propre appartement dans une petite ville d'une autre province. Elle a été mise sur liste d'attente pour une arthroplastie de la hanche. Elle touche une rente annuelle de 25 000 \$ et n'a pas d'assurance en dehors du régime provincial d'assurance-maladie.

La capacité des Johnson d'obtenir les services de santé nécessaires – et l'importance de leurs dépenses à cette fin – dépend de l'endroit où ils demeurent.



RELIER LES POINTS

Aperçu de la série de minidocumentaires de cette année

Le changement ne va jamais de soi, surtout dans un système aussi complexe que le système de santé, et pourtant le Conseil canadien de la santé continue à trouver des milieux où on a audacieusement entrepris d'améliorer les soins aux patients en y mettant de la vision et de la détermination. Nous avons parcouru le pays pour relever certains de ces exemples de volonté de changement.

Dans la région de Kootenay en Colombie-Britannique, un projet pilote montre les avantages **d'une pratique en collaboration** dans le domaine des soins intensifs. À Twillingate à Terre-Neuve-et-Labrador, **une équipe de soins primaires** expose les tenants et les aboutissants du traitement de sa population hémophile qui, en charge de morbidité, dépasse bien des fois la moyenne nationale. À Baycrest qui est un établissement torontois renommé de soins de longue durée, les services médicaux et infirmiers et la pharmacie sont tous reliés à un système informatisé de délivrance d'ordonnances qui vise à accroître **la sécurité de leurs patients** à risque du troisième âge. Dans le secteur est de Toronto, les **soins à domicile** se sont mis à l'heure de l'électronique par la technologie des télésoins à domicile, système unique de prise en charge de la maladie permettant aux victimes d'affections chroniques de prendre couramment leurs signes vitaux chez eux. En Alberta, le Hip and Knee Replacement Project a réduit considérablement les **temps d'attente** en chirurgie. Dans le nord du pays à Rankin Inlet, on vient de lancer un programme de formation en soins de maternité à l'intention des **Inuits** dans le cadre de la stratégie à volets multiples « Closer to Home » du Nunavut.

Nous savons que les cas de changement abondent et nous voulons entendre ces histoires des prestataires de soins de santé de tout le pays. Fidèle à notre quête de **pratiques novatrices de soins**, le lecteur voudra bien regarder ces vidéos à www.conseilcanadiendelasante.ca.



PREMIÈRE VOIE



PREMIÈRE VOIE

Amélioration de l'accès aux services de santé nécessaires

L'accès aux soins nécessaires subsistera comme problème pour les Canadiens tant que les services ne seront pas bien intégrés, que la protection sera inéquitable au pays et que les gens devront attendre si longtemps pour obtenir ce dont ils ont besoin. Dans des parties circonscrites du pays, on a fait des progrès bien réels, mais le mouvement de changement doit se faire plus général et plus complet. Le Conseil canadien de la santé propose cinq axes pour une action prioritaire soutenue :

- accélération de l'implantation d'**équipes interprofessionnelles de soins primaires**;
- efforts consentis dans l'immédiat pour que chaque professionnel de la santé puisse réaliser tout son potentiel, de sorte que, dans les **stratégies relatives aux ressources humaines de la santé**, il y ait une utilisation optimale des compétences;
- extension de la prestation de services dans un **programme normalisé de soins à domicile**;
- instauration d'un **régime normalisé d'assurance publique à l'égard des médicaments d'ordonnance** et amélioration des outils d'aide à la décision pour que les meilleures données disponibles soient mises au service des décisions de prescription;
- efforts soutenus en vue de **réduire les temps d'attente**, mais avec un accent sur l'examen de la conception des systèmes et un jugement sur le caractère approprié des soins que doivent attendre les patients.

SOINS PRIMAIRES

Qu'ont promis les gouvernements?

Dans l'accord conclu en 2003 par les premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, les gouvernements se sont engagés à accélérer le mouvement de renouveau des soins primaires pour que les citoyens puissent recevoir couramment les soins nécessaires d'un prestataire de soins de santé approprié. Les premiers ministres se sont entendus pour que, en 2011, au moins 50% de la population ait accès à un prestataire de soins de santé approprié 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Dans leur Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé, ils ont reformulé cet objectif en exprimant le désir que la moitié des Canadiens aient accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à des équipes multidisciplinaires d'ici 2011.

En 2003, les intéressés se sont aussi entendus pour utiliser des indicateurs comparables sur les grands résultats de santé et pour se doter de l'infrastructure de données nécessaire à la production de rapports à l'intention des Canadiens. Dans le Plan décennal de 2004, les gouvernements se sont enfin engagés à mettre en place un réseau de partage des pratiques exemplaires et à continuer à travailler avec Inforoute Santé du Canada à la réalisation de la vision formée d'une électronique des dossiers de santé.

Où en sommes-nous maintenant?

Pendant plus de 20 ans, nous avons parlé de réforme des soins primaires par la création d'équipes interprofessionnelles pour la prestation d'un large éventail de services de promotion de la santé et de traitement. Les progrès ont néanmoins été lents. Dans l'accord qu'ils ont conclu, les premiers ministres ont renouvelé leur engagement en matière de réforme; on relève des exemples d'implantation d'équipes de soins primaires dans l'ensemble des provinces et des territoires. Le renouveau des soins primaires est cependant loin d'être complet. Comme nous l'avons dit dans notre rapport de l'an dernier, les soins primaires sont pour nous l'assise même du système de santé canadien. Ils sont le premier point de contact des Canadiens avec le système de santé. Faute d'un point d'accès aux soins primaires qui soit global et intégré, les citoyens ne seront pas bien servis et les perspectives de franche amélioration du système seront peu réjouissantes.

Un an après, notre message aux Canadiens est toujours le même : le mouvement de renouveau des soins primaires est toujours trop lent; dans une large mesure, il est laissé à l'action volontaire des professionnels de la santé intéressés.

Des termes communs

L'hétérogénéité des termes qui décrivent les services en soins primaires et les types de prestataires de soins de santé rend difficile toute mesure des progrès. Dans un sondage réalisé récemment dans le cadre de la Stratégie de sensibilisation aux soins de santé primaires, 60 % des personnes interrogées ont dit avoir « entendu ou vu » le terme « soins de santé primaires »², mais 40 % seulement de tous les gens sondés ont pu décrire ces soins même dans leur application la plus générale. Après avoir reçu une brève description de ce qu'étaient les soins primaires, 73 % de tous ces gens ont accordé une grande importance (de 8 à 10 points à une échelle de 10) à ces mêmes soins comme facteur d'intérêt pour leur santé future.

Ces chiffres font voir les défis considérables de la promotion d'une plus grande conscience et connaissance des soins primaires dans la population.

Accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7

Les secteurs de compétence ont signalé des progrès dans la voie menant à un accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 aux services relevant des soins primaires. Dans neuf de ces secteurs, il y a aujourd'hui accès après les heures d'activité à un service téléphonique panprovincial ou panterritorial communément appelé service de télétriage (tableau B.1). La Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard ne disposent pas d'un service semblable à l'échelle de la province, mais divers prestataires de soins de santé ou organismes assurent un tel accès après les heures. Au Yukon et au Nunavut, il n'y a pas de service panterritorial de télétriage, mais la population jouit d'un accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à un service d'information et de consultation par les centres de santé communautaire ou les établissements hospitaliers.

L'accès permanent semble être la règle, mais les services téléphoniques assurés varient dans leur nature selon les régions du pays. Dans quelques secteurs de compétence, on donne de l'information et des conseils de santé et, dans d'autres, on aiguille aussi les gens vers les services compétents. Aspect des plus importants, il n'y a que cinq secteurs de compétence où un mécanisme permet de informer le prestataire de soins de santé de première ligne d'un patient de son utilisation du service téléphonique. C'est pourtant une liaison essentielle pour l'intégration des soins et la prévention des erreurs médicales. Les provinces et les territoires qui ne font pas le lien entre le service après les heures et les soins primaires devraient agir ainsi pour que tous les avantages de cet accès permanent soient réalisés.

Qu'entendons-nous par télétriage?

Il s'agit de conseils téléphoniques où on donne des indications de base sur la santé et aide la personne qui appelle à juger du degré de soins dont elle a besoin (en se rendant à une clinique d'urgence ou en s'occupant de son problème à domicile).



PRISE EN CHARGE DES CRISES D'ASTHME D'ELLIE

Ellie, 12 ans, souffre d'une forme aggravée d'asthme depuis l'âge de 5 ans. Elle voit son médecin régulièrement pour un contrôle de son état et de sa médication. Une nuit, elle a subi une grave crise d'asthme. Où ses parents pouvaient-ils trouver de l'aide?

Si les Johnson demeuraient en **Ontario** et étaient inscrits auprès d'une équipe de santé familiale, Ellie aurait droit à de l'aide après les heures du lundi au jeudi et un jour du week-end. Son dossier de santé serait mis à jour par l'infirmière ou le médecin qui s'occupe d'elle et il serait renvoyé à son prestataire de soins de santé de première ligne; précisons que l'un et l'autre de ces intervenants font partie de la même équipe de santé familiale. Si les Johnson n'étaient pas inscrits auprès d'une telle équipe, le médecin de famille pourrait ne pas donner de soins après les heures (ils ne le font pas tous) et, par conséquent, Ellie pourrait

demander des conseils du service téléphonique provincial de télésanté ou se rendre en salle d'urgence dans un hôpital.

Si elle habitait **Edmonton**, elle pourrait aller au Northeast Community Health Centre où elle recevrait une évaluation et où, s'il y a lieu, elle se retrouverait dans son service des urgences 24 heures. Son médecin se verrait remettre un compte rendu de sa visite. En Alberta, les Johnson auraient également la possibilité d'utiliser le service provincial de télésanté pour des conseils ou encore de se rendre au service des urgences de l'hôpital local, mais la fiche de consultation ne serait pas renvoyée au prestataire de soins de santé de première ligne.

Enfin, si Ellie vivait à **Whitehorse**, elle devrait directement aller au service des urgences de l'hôpital local. Les fiches de consultation seraient renvoyées à son médecin.



Télésanté

Dans certains secteurs de compétence – plus particulièrement dans le Nord –, il y a un investissement important en technologies et activités de télésanté pour l'amélioration de la prestation de services dans les collectivités rurales ou éloignées (tableaux 2 et B.1). On peut noter pour ces secteurs un niveau d'action encourageant par la télésanté, qu'il s'agisse de prestation de services cliniques, d'éducation, de consultation et de supervision ou de visites familiales de patients.

Les secteurs de compétence qui sont à la traîne dans ce domaine doivent s'engager avec plus de dynamisme à implanter des services de télésanté, de sorte que les Canadiens des milieux ruraux ou éloignés aient accès aux soins dont ils ont besoin en temps utile et – autant que possible – sans avoir à quitter leur localité. Le Conseil reprend son message de l'an dernier : les Canadiens devraient appuyer leurs gouvernements dans l'investissement à consentir dans ce type de prestation de services.

Qu'entendons-nous par télésanté?

Il s'agit d'une grande diversité de services dont la prestation à grande distance repose sur la technologie des communications. On donne des conseils et de l'information, mais cet éventail comprend aussi des services-conseils, des actes de diagnostic et de traitement, des visites familiales et de la formation des prestataires.

Tableau 2. Services de télésanté, certains secteurs de compétence, 2005

Secteur de compétence	Éducation en santé	Consultation patient-prestataires	Visites familiales de patients*	Consultation soignant-soignant	Services de radiologie et de diagnostic	Planification des congés de soins	Administration et réunions
Colombie-Britannique	✓	✓	✓		✓	✓	
Alberta		✓		✓		✓	
Saskatchewan	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Manitoba	✓	✓	✓	✓	✓		
Ontario	✓	✓	✓				✓
Nouveau-Brunswick		✓	✓				✓
Nouvelle-Écosse	✓	✓	✓	✓			
Île-du-Prince-Édouard		✓					
Terre-Neuve-et-Labrador	✓	(service nouveau)	(service nouveau)	(service nouveau)	✓		
Nunavut	✓	✓	✓				✓
Territoires du Nord-Ouest	✓	✓		✓		✓	
Yukon	✓	✓		✓	✓		✓

*Il s'agit de « visites » par lesquelles des patients en un certain lieu entrent en communication visuelle et verbale avec des membres de leur famille en un autre lieu.

Équipes interprofessionnelles

On relève des progrès dans la prestation de soins par des équipes interprofessionnelles, mais la composition de ces équipes varie amplement selon les régions. Elles sont le plus souvent formées de membres du personnel médical et infirmier. Dans quelques cas, on y trouve des infirmières et infirmiers praticiens et, dans des cas encore moins nombreux, des pharmaciens ou d'autres professionnels comme des travailleurs sociaux, des psychologues ou des physiothérapeutes (tableaux 3 et B.2). Les progrès ne sont pas aussi rapides que ne le prévoyait le Conseil canadien de la santé.

Qu'entendons-nous par équipes interprofessionnelles?

Il s'agit de groupes formés d'au moins trois professionnels de la santé (une infirmière ou infirmier, un médecin et au moins un représentant d'une autre catégorie de prestataires de soins de santé) qui collaborent à la prestation de services en soins primaires. Ils peuvent ou non travailler au même endroit, mais ils sont comptables les uns envers les autres des soins qui se donnent aux patients.

Tableau 3. Composition des équipes de soins primaires, certains secteurs de compétence

Secteur de compétence	Composition des équipes comme elle est décrite par les secteurs de compétence
Manitoba	Le Manitoba n'a pas de définition officielle de l'équipe multidisciplinaire, mais il a reconnu, dans sa politique-cadre des soins primaires, la nécessité de former des équipes en fonction des besoins communautaires en santé de la population.
Ontario	Chaque équipe de santé familiale sera formée de médecins, d'infirmières et infirmiers autorisés, d'infirmières praticiens et d'autres prestataires de soins de santé.
Nouveau-Brunswick	Les équipes multidisciplinaires sont conçues à la suite d'une démarche d'évaluation des besoins communautaires permettant d'établir les services requis pour répondre aux besoins en soins de chaque collectivité desservie par un centre de santé communautaire.
Nouvelle-Écosse	Les équipes interdisciplinaires de pratique en collaboration sont généralement formées de médecins de famille, d'infirmières et infirmiers autorisés de pratique familiale, d'infirmières praticiens et de pharmaciens. On y retrouve habituellement ces principaux membres, mais il y a d'autres « équipiers » et des prestataires de soins de santé et collaborateurs complémentaires qui travaillent en interdépendance dans un grand nombre de secteurs.
Île-du-Prince-Édouard	Les équipes sont notamment formées de médecins et d'infirmières et infirmiers autorisés. Dans deux des centres de santé familiale, on a aussi prévu à temps partiel des diététistes et des intervenants en santé mentale pour l'équipe qui se consacre à cette pratique en collaboration.
Terre-Neuve-et-Labrador	Il n'y a pas de composition type des équipes, mais tous les groupes professionnels en financement public sont présents dans les centres tant de santé communautaire que de soins primaires.
Nunavut	Les équipes sont notamment formées de membres du personnel infirmier et médical, de commis-interprètes, d'intervenants en santé mentale et de travailleurs sociaux; il n'y a pas toujours cohabitation, mais les équipiers travaillent en collaboration dans la prestation des soins.
Yukon	Les équipes sont notamment formées de médecins et d'infirmières et infirmiers praticiens.

Collecte de données

On ne saurait trop insister sur l'importance de disposer de bonnes données pour mesurer les progrès dans le renouveau des soins primaires et les effets sur les résultats de santé. Ainsi, une des mesures adoptées par les secteurs de compétence vise la proportion de Canadiens qui disent avoir éprouvé de la difficulté à obtenir des soins courants et permanents. Il se fait beaucoup de collecte de données à l'échelle du pays, mais on constate souvent l'absence de données de référence permettant de comprendre comment les changements que subit la prestation des soins ont pour effet d'améliorer (ou de détériorer) la santé des gens, ainsi que d'établir si le système assure la meilleure qualité possible des soins.

Le projet d'indicateurs de soins primaires, que dirige l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), fournira pour l'avenir un cadre de collecte de données sur la réforme des soins primaires. C'est là un grand pas en avant dans l'acquisition d'une capacité de mesure des résultats de santé par les soins primaires, mais le Conseil canadien de la santé s'inquiète de ce qu'on n'aura pas encore de plans de collecte de données une fois que les indicateurs auront été mis au point et que le projet de l'ICIS prendra fin au printemps de 2006. Le Conseil recommande de se doter d'une stratégie de collecte et de prévoir des fonds suffisants pour que les indicateurs en cours d'élaboration servent bel et bien à évaluer l'incidence de la réforme des soins primaires.

Qu'entendons-nous par indicateurs comparables?

Il s'agit de l'ensemble des mesures par lequel on démontre les réussites (ou les échecs) dans le temps en apprenant, par exemple, si les gens utilisent régulièrement les services relevant des soins primaires au lieu de se rendre en salle d'urgence dans les hôpitaux. Des indicateurs comparables permettent la comparaison entre secteurs de compétence ou entre sous-populations.

Quels sont les obstacles?

- La vision d'équipes interprofessionnelles en bonne et due forme qui mobilisent optimalement une diversité de professionnels de la santé a été diluée. Un grand obstacle réside dans l'absence de planification en vue d'enrichir la diversité des prestataires de soins de santé qui forment les équipes de soins primaires.
- Nombre de mesures novatrices prises dans tout le pays sont appuyées par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Ce financement prend fin en mars 2006, et on craint sérieusement que le tarissement de cette source de financement n'empêche des initiatives prometteuses de gagner en permanence et en généralité.
- Les fonds destinés aux services en soins primaires passent par les médecins dans une large mesure et peuvent donc se trouver bloqués dans les négociations qui ont lieu entre les gouvernements et les associations médicales. Cela ralentit le mouvement vers de nouvelles formes de paiement favorables à la collaboration interprofessionnelle.
- On n'a pas exploité tout le potentiel des technologies de télétriage et de télésanté. Cette sous-utilisation nuit au rendement et à l'accès tant pour les patients en quête de conseils que pour les professionnels à la recherche de services de soutien.
- On est en train de mettre au point des données et des indicateurs de grande qualité pour la mesure des progrès, mais leur application n'est pas garantie à long terme. Il ne peut y avoir d'efficacité de la surveillance, de l'évaluation, de la déclaration publique ni de l'assurance de la qualité sans des données de grande qualité.

Que faut-il faire?

- 1 S'employer dynamiquement à accroître le nombre d'équipes interprofessionnelles donnant des soins primaires. L'objectif que fixent les accords de 2003 et 2004 reste modeste (la moitié de la population de chaque secteur de compétence aura accès d'ici 2011 à une équipe multidisciplinaire 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7). On devrait hâter les mesures de réalisation de cet objectif. Le Conseil fait d'autres recommandations en la matière qui sont exposées à la section « Ressources humaines de la santé ».
- 2 Veiller à ce que les modèles féconds d'innovation dans la prestation des soins primaires soient d'une application soutenue et élargie. La collaboration entre secteurs de compétence est essentielle si on entend contrôler comment les initiatives en question sont reproduites dans les différentes régions du pays et avec quelle rapidité elles s'intègrent au panorama des soins courants.
- 3 Faire un plus grande usage des technologies de télétriage et de télésanté. L'activité dans ce domaine est encourageante, mais il faut maintenir le soutien et les engagements pour l'extension de cette activité et sa durabilité dans une perspective à long terme.
- 4 Soutenir l'élaboration d'indicateurs et la collecte de données. Il faut appuyer et étendre les efforts qui se font aujourd'hui sous la direction de l'ICIS, de sorte que les Canadiens soient renseignés en permanence sur les progrès particuliers tant de leur accès aux soins primaires que de la prise en charge de leur santé. Les indicateurs devraient se rattacher à des résultats significatifs et viser à l'amélioration de la qualité.

RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTÉ

Qu'ont promis les gouvernements?

Dans leur accord conclu en 2003 sur le renouvellement des soins de santé, les premiers ministres ont voulu que les gouvernements adhèrent à des stratégies de collaboration pour conférer des bases objectives à la planification nationale, favoriser la formation interprofessionnelle, améliorer le recrutement et le maintien en poste et garantir une offre suffisante de la main-d'œuvre à prévoir dans le domaine de la santé. Dans le Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé, les gouvernements se sont engagés par ailleurs à accroître l'offre de professionnels de la santé en fonction de leur évaluation des lacunes. Le gouvernement fédéral a consenti à élargir l'évaluation des diplômés formés à l'étranger, à cibler les efforts dans les collectivités autochtones, à alléger le fardeau financier imposé aux étudiants et à participer à la planification des ressources humaines de la santé avec les gouvernements intéressés.

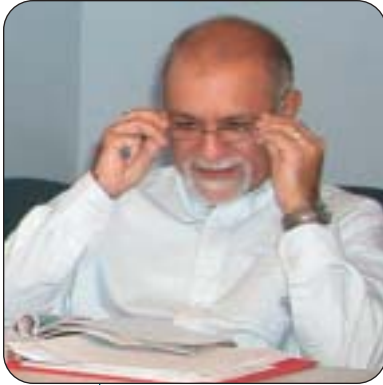
Dans son premier rapport aux Canadiens, le Conseil canadien de la santé a fait valoir l'importance de s'attacher à la main-d'œuvre de la santé tant pour le recrutement de nouveaux professionnels que pour le maintien en poste des effectifs. Il a soutenu que, à défaut d'adopter une bonne stratégie de gestion de ces ressources humaines, tous les autres efforts de renouvellement des soins seraient voués à l'échec.





DES ÉQUIPES PRENNENT EN CHARGE LES MALADIES CHRONIQUES

Voici Ross Dalley, de Twillingate à Terre-Neuve-et-Labrador. Il compte parmi les 120 hémophiles de cette ville de 7 500 habitants. Twillingate est une des huit zones de projet de cette province où on apporte de vastes changements afin de garantir que les équipes de soins primaires travaillent ensemble à une prestation des soins au plus près du domicile des gens. Pour diriger l'équipe interprofessionnelle du Notre Dame Bay Memorial Health Centre de Twillingate, il y a le D^r Mohammed Ravalia qui, il y a déjà 21 ans, avait lui-même constaté que les soins en équipe étaient la seule façon de se mettre au service d'une population aussi nombreuse et aussi à risque pour la morbidité chronique.



L'équipe de Ross est aujourd'hui formée d'un médecin de St. John's relié à Notre Dame par les technologies de télésanté, ainsi que du groupe de Twillingate comprenant le D^r Ravalia, une infirmière praticienne autorisée, une infirmière en santé communautaire, des techniciens de laboratoire et de radiologie et un physiothérapeute.

Le lecteur pourra regarder cette vidéo à www.conseilcanadiendelasante.ca.

Où en sommes-nous maintenant?

Dans les efforts qui se font en vue de ménager le bon dosage de professionnels de la santé, on doit se rendre compte que les solutions doivent varier selon les aspects du problème.

Voici des exemples :

- Il y a des pénuries bien réelles dans des groupes déterminés. *Dans ce cas, la solution consiste à former plus de travailleurs.*
- Il y a des pénuries de services, parce que les professionnels consacrent de leur temps à des activités qui pourraient faire l'objet d'une délégation. *Dans ce cas, la solution consiste à réorganiser le travail pour un usage optimal des compétences des effectifs en place.*
- Dans certains secteurs, les effectifs sont suffisants, mais une foule de travailleurs prennent une retraite anticipée, changent de carrière ou réduisent leurs heures de travail. *Dans ce cas, la solution consiste à s'attacher aux moyens de stopper cette hémorragie ou de trouver d'autres possibilités de carrière propres à prévenir cette perte de compétences et d'expérience dans le domaine des soins.*
- Il existe des problèmes d'accès à certains services à cause d'une demande en croissance dont une partie pourrait ne pas procurer des avantages supplémentaires aux gens dans leur santé. *Dans ce cas, la solution consiste à éliminer toute utilisation des services de santé qui se révèle peu appropriée et qui n'ajoute rien.*
- Dans certaines régions du pays, l'offre est suffisante, voire surabondante, dans certaines catégories de travailleurs et lacunaire dans d'autres. *Dans ce cas, la solution consiste à adopter des politiques et des pratiques qui assureront une meilleure répartition du personnel en fonction des besoins.*

Le Conseil canadien de la santé a parrainé en juin 2005 un sommet national sur les ressources humaines de la santé où quatre thèmes ont fait l'objet d'un examen :

- éducation et formation interprofessionnelles;
- champs d'exercice;
- enjeux du milieu de travail;
- activités de planification.

On peut consulter le rapport entier de cette rencontre au site Web du Conseil à l'adresse www.conseilcanadiendelasante.ca.

Éducation et formation interprofessionnelles

On éprouve le pressant besoin d'une formation interprofessionnelle aux fins de l'application de nouveaux modèles de prestation de soins primaires. Pour l'exprimer simplement, il nous faut changer la façon de faire l'éducation et la formation des professionnels de la santé, ce qui exigera des programmes différents, une propagation des stratégies actuelles qui visent à l'éducation et à la formation des professionnels de la santé en regroupement, la création de milieux de travail propices à la collaboration interprofessionnelle, l'adoption de nouveaux modèles de financement et l'élimination de tout ce qui empêche ces professionnels de faire un usage optimal de leurs compétences.

Un certain nombre d'écoles sont en voie d'implanter un programme d'études inter-professionnelles et Santé Canada a approuvé le financement de la mise en place de 11 programmes de pratique en collaboration, mais il faudra un certain temps pour que les gens inscrits à ces programmes finissent leurs études et entrent sur le marché du travail. Les projets qu'énumère le tableau 4 devraient tous se terminer d'ici le 31 mars 2008.

Tableau 4. Plans pour de nouveaux programmes de formation interprofessionnelle

Secteur de compétence	Organismes participants	Orientation du projet
Colombie-Britannique	Université de Colombie-Britannique	Il s'agit de la promotion et de l'avancement d'une pratique en collaboration centrée sur le patient dans les milieux de soins. Il y aura aussi des activités de formation interprofessionnelle pour les étudiants dans une diversité de milieux cliniques en région rurale ou urbaine et dans les spécialités. On implantera enfin des programmes d'études à l'intention des étudiants, des précepteurs et des professionnels de la santé.
Alberta	Région sanitaire de Calgary Université de l'Alberta Université de Calgary Région sanitaire de la Capitale SAIT Polytechnic Collège Bow Valley Collège Mount Royal	Il s'agit de créer un modèle conceptuel de mentorat interprofessionnel horizontal dans des « communautés de pratique » où on tient compte de la pluralité des cultures et des éléments de contexte. Il s'agit aussi de créer un milieu d'apprentissage interprofessionnel et des outils d'évaluation dans ce domaine.
Saskatchewan	Université de la Saskatchewan	Il s'agit de former les futurs professionnels de la santé à la pratique en collaboration dans les secteurs suivants : santé mentale de l'enfance, transition des personnes âgées de l'hospitalisation à la vie dans le milieu, affections chroniques des adultes d'âge mûr et santé communautaire dans les collectivités autochtones.
Manitoba	Université du Manitoba	Il s'agit de faire acquérir aux professionnels de la santé les connaissances, les capacités, les attitudes et les comportements d'une pratique en collaboration centrée sur le patient dans les milieux de gériatrie communautaire.

Tableau 4. Plans pour de nouveaux programmes de formation interprofessionnelle – suite

Secteur de compétence	Organismes participants	Orientation du projet
Ontario	Université Queen's	<p>Il s'agit d'exercer et d'évaluer des activités avant et après l'octroi de l'autorisation d'exercer. Voici des exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Avant l'autorisation d'exercer</i> : Ateliers portant sur la violence familiale; cours à l'école des thérapies de réadaptation; cours « Professionnels dans le Canada rural »; cours sur la collaboration interprofessionnelle dans les soins de maternité en milieu rural; programme interprofessionnel de conférences, d'ateliers et de stages en milieu clinique. • <i>Après l'autorisation d'exercer</i> : Formation des futurs médecins à la pratique en collaboration en psychothérapie et en soins palliatifs et de fin de vie; travaux pratiques en bioéthique.
	Université de Toronto	<p>Il s'agit de créer un programme de perfectionnement professionnel devant faciliter la mise en œuvre et l'adaptation des outils de communication « Structuring Communication Relationships for Interprofessional Teamwork » (Structuration des liens de communication pour la collaboration interprofessionnelle).</p>
	Conseil des universités de l'Ontario	<p>Il s'agit de faciliter la collaboration interprofessionnelle en milieu scolaire et dans les cadres de pratique grâce à des activités d'apprentissage par le Web et en équipe.</p>
Québec	Université Laval Centre des services sociaux de Québec Sud	<p>Il s'agit, à partir des cours déjà offerts, de donner une formation théorique et pratique à la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient.</p>
		<p>Un autre but est d'organiser des stages cliniques de formation interprofessionnelle pour mieux soutenir la pratique en collaboration.</p>
		<p>Il s'agit aussi d'organiser des ateliers visant à parfaire et à affiner les compétences nécessaires à cette pratique.</p> <p>Il s'agit enfin de créer une « communauté de pratique » virtuelle avec des modules pour les trois axes de soutien de l'autoformation des participants.</p>
	Université McGill	<p>Il s'agit d'accroître le nombre d'enseignants, d'étudiants et de praticiens s'occupant de formation interprofessionnelle, d'où une amélioration de la réalisation de programmes qui s'adressent à tous en milieu scolaire et clinique dans des conditions appropriées d'apprentissage.</p>
Nouvelle-Écosse	Université Dalhousie	<p>Il s'agit d'étendre le programme de formation interprofessionnelle et d'améliorer la collaboration entre les partenaires de projet.</p>
Terre-Neuve-et-Labrador	Université Memorial	<p>Il s'agit de dresser et d'appliquer un programme-cadre de formation interprofessionnelle avec les éléments suivants dans un continuum : travail en équipe, stages et services dès le baccalauréat et avant l'autorisation d'exercer avec les volets requis en sciences infirmières, en médecine, en pharmacie et en travail social dans une pratique en collaboration; un programme « postautorisation » de formation interprofessionnelle continue qui s'adresse aux équipes de soins primaires et qui vise à renforcer les compétences en collaboration des prestataires de soins de santé de première ligne et des autres professionnels du domaine de la santé mentale communautaire; des ateliers de perfectionnement des enseignants; un vaste volet d'évaluation de projet.</p>

Champ d'exercice

Il est impossible de se doter d'une saine stratégie de gestion des effectifs de la santé sans aborder la question des champs d'exercice. Dans toute branche d'activité, un juste partage des tâches se révèle essentiel. Un usage optimal de toute la diversité des compétences est un facteur clé de renouvellement des soins primaires, de recrutement et de maintien en poste des prestataires de soins de santé, d'obtention de résultats des soins d'une grande qualité, de rentabilité et d'adaptation aux besoins communautaires. Nos propres recherches sur la question des champs d'exercice indiquent ce qui suit³ :

- Au Canada, les définitions communes des champs d'exercice brillent par leur absence.
- Les champs d'exercice se trouvent délimités par divers intervenants, dont les éducateurs, le législateur, les responsables de la réglementation, les employeurs, les membres des associations professionnelles et les prestataires eux-mêmes; dans bien des cas, les vues et les aspirations des intervenants s'affrontent.
- Les diverses professions se sont souvent attaquées dans l'isolement à leurs propres questions de délimitation de leurs attributions (tableau B.3).

Qu'entendons-nous par champ d'exercice?

Il s'agit du partage des tâches dans le domaine des soins, du « qui fait quoi ».

On constate en même temps que le cadre de reconnaissance des titres de compétence se fait de plus en plus complexe au Canada. Les professions en autoréglementation haussent sans cesse les normes d'accès à la pratique. Ainsi, les physiothérapeutes proposent la maîtrise en sciences pour l'accès à la pratique indépendante et les pharmaciens, le doctorat en pharmacie pour les débutants. Les vues divergent lorsqu'il s'agit de justifier cette tendance.



À notre avis, cette montée des exigences en matière de titres de compétence est dictée par les soucis de sécurité des patients et de rendement et est le reflet de la montée des attentes en matière de soins de première ligne. D'autres voient dans cette même tendance une « inflation des titres » et se demandent s'il n'y va pas de l'intérêt égoïste des professions et si ce mouvement n'irait pas à l'encontre de l'instauration d'une pratique en collaboration en perpétuant l'isolement professionnel. Aux yeux du Conseil canadien de la santé, une main-d'œuvre hautement qualifiée et un engagement envers l'apprentissage continu sont essentiels au soutien de la prestation de soins sûrs et efficaces. On ne devrait cependant hausser les exigences de titres de compétence que si on constate que les normes en place compromettent la qualité des soins aux patients et qu'il est donc nécessaire de les relever.



Les provinces et les territoires ont adhéré à un cadre normalisé d'examen des changements de titres d'accès aux professions de la santé. Les professions qui envisagent de modifier les titres exigés des débutants sont tenues de présenter une proposition qui justifie ce changement en détail avec données à l'appui. Chacune de ces propositions sera soumise à un groupe d'experts qui fera ses recommandations après examen. Le cadre est certes normalisé, mais les secteurs de compétence conservent le pouvoir de prendre les décisions définitives.



COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE EN SOINS INTENSIFS DANS LES RÉGIONS RURALES DE C.-B.



En Colombie-Britannique, le but est de trouver un juste équilibre et la souplesse voulue pour que les professionnels de la santé de première ligne puissent assurer les soins intensifs dans les régions éloignées ou rurales. Dans la partie intérieure de cette province, les patients aux soins intensifs peuvent aujourd'hui, grâce à un partenariat novateur des autorités de la santé et des services ambulanciers de Colombie-Britannique, recevoir des soins plus complets dans leur transport entre une petite localité et un hôpital rural ou régional.

Nous avons visité l'hôpital régional de Kootenay où un travailleur paramédical et une infirmière ou un infirmier en soins intensifs font équipe pour répondre par ambulance à un appel venant d'une localité éloignée, assurent des services immédiats de triage et transportent les patients à l'hôpital local ou directement à un avion qui attend. Il y a là un triple avantage, puisque le patient est traité rapidement, que le travailleur paramédical et l'infirmière ou infirmier collaborent dans une synergie qui accroît leurs compétences et que le médecin ou infirmier praticien de cette collectivité éloignée peut rester en place pour traiter d'autres patients.

Le lecteur pourra regarder cette vidéo à www.conseilcanadiendelasante.ca.

Planification de la main-d'œuvre

La planification de la main-d'œuvre de la santé pose un problème aux décideurs depuis déjà pas mal de temps. Le Canada ne dispose pas d'une stratégie nationale de gestion des ressources humaines de la santé qui s'inspire d'un clair tableau des futurs modèles de prestation de soins. Les provinces et les territoires font plutôt leur planification séparément, étant souvent isolés les uns des autres. La bonne nouvelle est que certains gouvernements se sont réunis pour assurer une planification régionale.

Dans chaque province ou territoire, les plans qui visent les soins primaires tiennent compte des professions plus nouvelles, mais les efforts en vue d'accroître leurs effectifs demeurent tièdes. Ainsi, la profession des infirmières et infirmiers praticiens est déjà vieille de 30 ans au Canada, mais on compte moins de 900 de ces travailleurs au pays et ils n'ont pas le permis d'exercer dans tous les secteurs de compétence. Cette acceptation défailante nuit à l'instauration de modèles différents de prestation de soins et à l'accès aux services de santé dans les régions rurales ou éloignées où le recrutement de médecins s'avère difficile.

Dans la planification des ressources humaines de la santé, on doit prendre divers facteurs en considération : évolution des modalités d'exercice, caractère approprié des champs d'exercice, changements démographiques, modèles de prestation de soins de l'avenir, etc. Cette planification exige une abondance de solides données avec de bons modèles de prévision des besoins futurs et, aspect le plus important à nos yeux, le désir de collaborer entre secteurs de compétence.

On a entrepris d'améliorer les capacités de planification. Le tableau B.4 énumère les activités particulières des secteurs de compétence. Au niveau intergouvernemental, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont mis en consultation un Cadre pancanadien de planification des ressources humaines de la santé, lequel offre des éléments prometteurs qui sont propres à promouvoir la collaboration : expression d'une vision commune, fixation de buts et d'objectifs et rattachement aux résultats. De plus, ce cadre indique des activités à exercer à court,

moyen et long terme et astreint les secteurs de compétence à planifier en fonction des besoins en santé de leurs populations respectives. Il n'aborde cependant pas la question de la coordination entre gouvernements et avec d'autres organismes comme les groupes de prestataires de soins de santé, les organes de réglementation, les instances patronales, les syndicats et les milieux de recherche. Ce travail doit être intégré à ce que font les gouvernements. Les secteurs de compétence avaient à rendre publics d'ici le 31 décembre 2005 leurs plans d'action respectifs en gestion des ressources humaines de la santé. À la mi-janvier, huit secteurs avaient fait connaître leurs plans, à savoir la Saskatchewan, l'Ontario, le Québec, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

On prend aussi des mesures pour que les données s'améliorent en quantité et en qualité. L'ICIS dirige les efforts en vue d'établir un ensemble minimal de données qui garantira que, partout, on recueillera la même information sur les professionnels de la santé. À l'heure actuelle, le Canada dispose d'une quantité appréciable de données exploitables qui portent seulement sur le personnel infirmier et médical. Il est essentiel d'obtenir des données sur les autres professions si on entend ériger les équipes interprofessionnelles en moyen privilégié de prestation des soins primaires.

Parallèlement à leurs efforts d'amélioration de la collecte de données, les gouvernements travaillent à des modèles prévisionnels, c'est-à-dire à un ensemble d'instruments que les planificateurs et les décideurs peuvent employer pour évaluer la demande future de professionnels de la santé. Ce travail se fait sous la direction d'un comité consultatif fédéral-provincial-territorial. Il serait bon que cet organe indique à la communauté des intervenants en quoi consistent les modèles qui sont conçus, quand ils pourraient faire l'objet d'une diffusion publique et quand enfin ils pourraient jouer un rôle dans l'amélioration de l'accès aux professionnels de la santé.

Une plus grande autosuffisance dans la production de nos effectifs de la santé représente un grand objectif national, mais ce serait en fait user de circonspection que de créer un léger excédent de l'offre de certains types de professionnels de la santé pour que le système demeure souple et adaptable à une demande en évolution rapide.

Dans ces stratégies en cours d'élaboration pour la gestion des ressources humaines de la santé, on prévoit un recours aux professionnels de la santé formés à l'étranger. Il importe de reconnaître que le Canada est une terre d'accueil pour les immigrants et que les politiques d'immigration nationales facilitent l'admission de travailleurs qualifiés. Il faut que le rôle de ces professionnels soit clairement défini. Par ailleurs, le Conseil juge que les mesures *actives* de recrutement de professionnels de pays qui souffrent déjà de pénuries de main-d'œuvre sanitaire n'ont rien d'éthique comme stratégie à long terme. Des solutions de rechange sont nécessaires.

Où sont les obstacles?

- Les programmes de formation et les milieux de travail qui existent ne sont pas orientés vers une prestation interprofessionnelle des soins, pas plus que les modèles de planification. Sans un changement de direction, une orientation « population » pour les besoins en santé ne saurait prendre corps, et il sera impossible de pleinement exploiter les compétences des autres professions de la santé. En fin de compte, les professionnels de la santé seront dans l'impossibilité de véritablement comprendre comment ils pourraient collaborer différemment.
- Les compétences des professions de la santé en place pourraient être mieux mises à profit, mais des facteurs réels ou appréhendés d'ordre légal et réglementaire font obstacle aux progrès dans ce domaine.
- Les exigences formulées pour l'autorisation d'exercer et l'accession à la pratique varient amplement selon les secteurs de compétence, d'où la difficulté pour ces mêmes secteurs et les professions de planifier en collaboration.
- Il faut des efforts concertés en planification des secteurs de compétence pour combattre le double emploi et réduire la variabilité de l'offre de main-d'œuvre.

Que faut-il faire?

❶ *Entreprendre prioritairement et dynamiquement de multiplier les programmes d'éducation et de formation interprofessionnelles dont dispose le Canada. Le Conseil recommande ce qui suit :*

- *chaque programme universitaire en sciences de la santé au Canada doit assurer une formation interprofessionnelle; si nous voulons que les professionnels de la santé travaillent ensemble, ils devront aussi apprendre et se former ensemble;*
- *des possibilités d'éducation et de formation doivent permettre aux professionnels déjà formés d'enrichir leurs compétences sans avoir à faire de nouvelles études poussées;*
- *des subventions aux frais de scolarité doivent être mises à la disposition des étudiants et des gens inscrits aux études supérieures pour qu'ils puissent entrer dans des programmes de formation interprofessionnelle;*
- *on doit créer un fonds de soutien de la pratique en collaboration en milieu de travail pour appuyer les milieux de soins primaires qui se dotent de véritables équipes interprofessionnelles;*
- *on doit hâter l'adoption de modèles de paiement qui encouragent la collaboration interprofessionnelle;*
- *on doit s'occuper des problèmes d'assurance et de responsabilité professionnelles en instaurant des programmes de responsabilité collective plutôt qu'individuelle.*

On trouvera des objectifs et des délais précis pour l'application de ces recommandations dans le rapport de novembre 2005 du Conseil canadien de la santé sous le titre « Moderniser la gestion des ressources humaines de la santé au Canada : Déterminer les domaines où il faut intervenir rapidement »⁴.

❷ *Clarifier et déclarer à la population à quelles professions sont assignés les divers services, plus particulièrement dans le domaine des soins primaires. Les gouvernements doivent prendre l'initiative de réunir les intervenants nécessaires pour évaluer comment les champs d'exercice s'agentent, se complètent ou se chevauchent et pour clairement indiquer qui est capable d'assurer tel ou tel type de soins aux patients. On doit notamment faire participer à cette démarche les associations, les organismes de réglementation, les syndicats et les instances patronales des professions de la santé. On devrait rendre publics des plans en ressources humaines de la santé et énoncer clairement ce que sont les objectifs et les délais, de sorte*

que les populations locales puissent comprendre quel type de professionnels assurera les services de santé dans leur milieu.

- 3 *Éliminer les obstacles à l'optimisation des compétences. Les gouvernements, les professions de la santé, les instances patronales, les syndicats, les éducateurs et les planificateurs doivent chercher ensemble à constater les obstacles précis qu'opposent les lois, les règlements, les finances et les politiques à une exploitation optimale des connaissances et des capacités de l'ensemble des professions de la santé. On doit s'employer à appuyer plutôt qu'à empêcher le travail en équipe et la collaboration interprofessionnelle.*
- 4 *Assurer l'intégration des plans provinciaux, territoriaux et régionaux en matière de main-d'œuvre de la santé. Si les secteurs de compétence ne collaborent pas dans cette planification, ils continueront à rivaliser pour l'obtention de ressources humaines rares. On a besoin de stratégies communes pour s'attaquer à des questions comme celles des entraves à la mobilité et du manque de concordance entre les possibilités de formation et les besoins prévus. Le cadre de formation et de pratique des travailleurs de la santé doit se faire plus simple, et non pas plus complexe.*
- 5 *Prendre des décisions d'offre de main-d'œuvre, tout en s'occupant des questions de champs d'exercice. Ainsi, on devrait changer le nombre de places de formation dans les divers programmes en tenant compte de l'évolution des champs d'exercice de manière à prévenir toute insuffisance ou surabondance marquée des effectifs de la santé.*

SOINS À DOMICILE

Qu'ont promis les gouvernements?

Dans l'accord conclu en 2003 par les premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, les gouvernements se sont engagés à établir pour le 30 septembre 2003 le « panier de services » minimal à offrir en santé à domicile et en santé communautaire. Les premiers ministres se sont entendus sur une protection au premier dollar à l'égard des soins actifs de courte durée à domicile, ce qui comprend les services de santé mentale communautaire et les soins de fin de vie. Ils ont aussi accepté de fonder l'accès à tous ces services sur une évaluation des besoins et à en garantir la disponibilité d'ici 2006. Enfin, le gouvernement canadien a consenti à instituer des prestations de compassion assorties de mesures de protection des emplois à l'intention des Canadiens qui doivent quitter provisoirement leur travail pour prendre soin d'un enfant, d'un père, d'une mère ou d'un conjoint qui est atteint d'une grave maladie ou qui est sur le point de mourir.

Dans le Plan décennal de 2004, on précise la nature des services visés en fonction d'une évaluation des besoins :

- soins actifs de courte durée à domicile pendant une période de prestation de deux semaines en gestion de cas, en médication intraveineuse liée au diagnostic de congé d'hôpital et en soins infirmiers et personnels;
- soins actifs de courte durée à domicile en santé mentale communautaire pendant une période de prestation de deux semaines en gestion de cas et en services d'intervention de crise;
- soins de fin de vie en gestion de cas, en services infirmiers, en médication palliative et en soins personnels.

Les ministres de la Santé ont accepté d'examiner de nouvelles mesures pour tenir leur engagement à l'égard des soins à domicile – ce qui comprend des plans de mise en œuvre échelonnée et de déclaration annuelle à la population – ainsi que de soumettre un rapport aux premiers ministres d'ici le 31 décembre 2006.

Où en sommes-nous maintenant?

Comme les gouvernements ont jusqu'à la fin de 2006 pour rendre compte de la réalisation des objectifs en matière de soins à domicile, nous sommes dans l'incapacité de déclarer aux Canadiens quels progrès ont eu lieu. La situation est à peu près la même qu'il y a un an : l'accès aux services à domicile dépend de l'endroit où vous demeurez et la nature des services financés varie selon les provinces et les territoires (tableau B.6). Sachant que les efforts en vue d'atteindre ces objectifs se poursuivent, nous incitons vivement les gouvernements à élargir leurs vues en ce qui concerne deux engagements clés, ceux du panier de services à domicile et du Régime de prestations de compassion.

Qu'entendons-nous par protection au premier dollar?

Il s'agit de prestations d'assurance qui couvrent tout le coût d'un service sans exiger que les gens contribuent à acquitter ce coût de leurs propres deniers.



SOUTIEN DE MARIA EN SOINS À DOMICILE

Maria a besoin de soins personnels pendant qu'elle attend une arthroplastie de la hanche et après son congé d'hôpital. Elle n'a pas les moyens de se payer quelqu'un pour ces soins et elle n'a pas de parents dans son milieu. Elle a donc demandé des services à domicile.

Le degré de soutien auquel elle aura droit dépend d'une évaluation individuelle dont le mode — tout comme les services offerts — varie selon les secteurs de compétence.

En **Alberta**, la régie régionale de la santé porterait un jugement sur la situation de Maria. Pour être admissible, celle-ci ne doit pas avoir besoin de soins en permanence et les services dont elle a besoin ne doivent pas coûter plus de 3 000 \$ par mois. Si elle est jugée admissible, elle recevra des services infirmiers, des soins personnels et des services de rééducation.

En **Ontario**, un travailleur d'un centre d'accès aux soins communautaires évaluerait Maria. Selon les besoins constatés, l'intéressée serait admissible à 80 heures au plus de soins personnels

et de services de soutien les 30 premiers jours et à 60 heures au maximum dans toute période ultérieure de 30 jours.

À **Terre-Neuve-et-Labrador**, elle serait automatiquement admissible aux services à domicile de professionnels de la santé comme les infirmières et infirmiers et les physiothérapeutes et le coût en serait acquitté par le régime provincial d'assurance-maladie. Pour avoir droit en soins personnels à des services comme l'aide à la préparation des repas et au travail ménager, Maria doit subir une évaluation financière qui établira à quel degré de protection publique elle peut être admise et combien elle doit s'attendre à payer de ses propres deniers. Selon son revenu et ses économies (elle peut avoir jusqu'à 5 000 \$ d'épargne), elle pourrait recevoir en soins personnels des services coûtant jusqu'à 2 707 \$ par mois, ce qui lui procurera quelque 7,5 heures de services par jour. En cas d'admissibilité, elle obtiendra enfin du matériel et des articles médicaux, ainsi qu'une carte pour payer les médicaments d'ordonnance.



Panier de services

De 1995 à 2002, le nombre de Canadiens recevant des soins à domicile en financement public a augmenté de 60 % pour se chiffrer approximativement à 850 000⁵. Il reste que les services à domicile ne figurent que pour 3,5 % dans la masse des dépenses publiques en soins au pays. Parallèlement, les besoins en soins à domicile augmentent toujours, car la moindre taille des familles, le plus grand nombre de femmes sur le marché du travail et la mobilité croissante de la famille sont venus réduire le nombre de gens qui seraient en mesure de prendre soin à domicile de membres de leur famille.

Les trois types de services à domicile visés par les accords sur la santé ont de l'importance – soins de posthospitalisation, services de santé mentale et soins palliatifs –, mais les objectifs fixés sont trop modestes de l'avis du Conseil canadien de la santé.

- En visant exclusivement la prévention des réhospitalisations, ces objectifs ne misent pas sur la possibilité pour des services réguliers à domicile de prévenir la première hospitalisation. En limitant les programmes à la clientèle des soins actifs de courte durée, on oublie que des maladies chroniques comme les affections cardiovasculaires et respiratoires, le cancer et le diabète comptent parmi les maux les plus répandus et les plus coûteux. Avec un programme refondu de soins à domicile, non seulement il y aurait plus d'équité, mais on aiderait aussi à résoudre les grands problèmes de qualité de vie des victimes de la morbidité chronique et à prévenir ou à retarder les effondrements de la santé avec les coûts que ceux-ci occasionnent pour l'avenir.
- La maladie mentale est telle que son traitement relève plus souvent de la prise en charge que de la guérison. Avec deux semaines de service à domicile, il est hautement improbable qu'on sache vraiment remédier aux difficultés que connaissent bien des gens.
- Les soins de fin de vie à domicile auront une incidence sur la plupart des Canadiens en tant que patients et que membres d'une famille. Les sondages indiquent que la plupart des Canadiens désirent la possibilité de mourir chez eux. Les mesures d'innovation et d'expansion dans les soins palliatifs à domicile peuvent faire économiser beaucoup d'argent aux gouvernements, tout en comblant ce désir clairement exprimé par les Canadiens.

À l'heure actuelle, les limites des programmes posent tout particulièrement un problème en ce qui concerne les gens ayant besoin de services de santé mentale ou de soins palliatifs. Ni l'un ni l'autre de ces besoins ne peuvent être pleinement satisfaits dans un contexte de délais arbitraires et bien circonscrits et, dans les deux cas, la souplesse des services de soutien est une nécessité.

Dans deux récents rapports sénatoriaux sur les soins palliatifs, on a recommandé que le gouvernement fédéral évalue immédiatement le besoin de services de santé et de médication à domicile pour les gens en phase terminale et établisse le financement nécessaire à la réalisation des programmes en question en collaboration avec les provinces et les territoires. On prie instamment les gouvernements⁶ :

- d'implanter des programmes uniformes d'élimination des inégalités entre les secteurs de compétence;
- d'assurer l'intégration des services pour des transitions harmonieuses entre tous les milieux de soins (hôpital, établissement de soins de longue durée, domicile et hospice);
- d'améliorer les services de santé et de médication, ce qui comprend la prestation de soins de relève pour les soignants familiaux ou bénévoles.

Nous constatons en général que des préoccupations subsistent quant à la prestation de soins en établissement de santé par opposition à une orientation communautaire de maintien à domicile. Tant les personnes âgées à la santé fragile que les handicapés plus jeunes préfèrent normalement les services de soutien communautaire et aspirent à l'autonomie de vie. Le coût et parfois même la qualité de vie en établissement de santé sont des questions qui ne seront entièrement résolues que lorsqu'on utilisera optimalement les services à domicile.



Régime de prestations de compassion

Le gouvernement du Canada s'est engagé à instituer un Régime de prestations de compassion par le Compte d'assurance-emploi, ainsi qu'une protection des emplois par des modifications apportées au *Code canadien du travail*, le but étant d'offrir des congés rémunérés en protection de l'emploi pour les soins à donner à des membres de la famille en phase terminale. Lancé en janvier 2004, ce programme prévoit jusqu'à huit semaines de congé, deux en période de carence et six en période de prestations. La plupart des provinces et des territoires – mais non la totalité – ont accepté d'apporter des changements complémentaires à leurs lois du travail pour une meilleure protection des emplois. En décembre 2005, la Colombie-Britannique, l'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest avaient encore à adopter des mesures semblables de protection.

Dans un récent rapport commandé par le Conseil canadien de la santé, on démontre que le Régime de prestations de compassion n'est pas à la hauteur des attentes⁷. Voici de grands sujets d'inquiétude :

- une tranche de 4 % seulement du budget annuel de 190 millions de dollars a été dépensée en 2004-2005 (tableau 5);
- les demandes reçues en 2004-2005 ont été approuvées dans une proportion de 70 %;
- la définition de membre de la famille est trop étroite;
- seuls les gens admissibles au Régime d'assurance-emploi (AE) peuvent être admis à ces prestations, qui sont donc hors de portée pour les chômeurs, les travailleurs indépendants, les contractuels et les travailleurs à temps partiel, temporaires ou saisonniers, d'où des iniquités d'ordre systémique qui ferment la porte à un grand nombre de Canadiens ayant un revenu restreint.

Le régime est digne de louanges, mais il faudra s'efforcer d'en améliorer l'utilisation et d'en accroître la disponibilité.

Tableau 5. Régime de prestations de compassion, 2004-2005

Secteur de compétence	Prestations totales servies	Demandes	Demandes acceptées
Colombie-Britannique/Yukon	1 348 000 \$	859	644
Alberta/Territoires du Nord-Ouest/Nunavut	826 000	546	344
Saskatchewan	225 000	173	133
Manitoba	321 000	246	167
Ontario	2 902 000	2 206	1 352
Québec	1 000 000	898	710
Nouveau-Brunswick	155 000	126	106
Nouvelle-Écosse	243 000	180	151
Île-du-Prince-Édouard	46 000	25	24
Terre-Neuve-et-Labrador	84 000	75	55
Canada (totaux)	7 150 000 \$	5 334	3 686

En décembre, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il rendrait le régime plus accessible en assouplissant les restrictions quant aux types de membres de la famille et de non-parents admissibles. Il a aussi fait part de son intention d'étendre le régime aux travailleurs à temps partiel.



TÉLÉSOINS À DOMICILE À TORONTO

Lorsqu'un patient atteint d'une maladie chronique comme l'insuffisance cardiaque congestive quitte l'hôpital général du secteur est de Toronto, il s'attend très largement à une forme de soins permanents par le centre d'accès aux soins communautaires (CASC) de York Est ou les services externes de l'hôpital. Il reste que les patients qui ont la chance de participer au programme de télésoins à domicile n'auront pas à sortir de chez eux par temps froid et neigeux pour faire relever leurs signes vitaux. Mieux encore, si les patients ont des problèmes après les heures, ils obtiendront de l'aide par un service téléphonique spécial de télésanté.



Grâce à la technologie, les contrôles de routine (qu'il s'agisse de vérifier le degré d'oxygénation du sang ou d'ausculter le cœur et les poumons) ont lieu à heures fixes par technologie vidéo dans une liaison téléphonique d'une infirmière ou d'un infirmier autorisé et du patient. Les patients utilisateurs savent bien plus ce qu'ils doivent faire chaque jour pour stabiliser leur propre état, puisque l'infirmière ou infirmier peut consacrer plus de temps à chacun des patients en faisant à la fois de l'éducation en soins

et de l'évaluation clinique. La formation à ce rôle nouveau du personnel infirmier se donne par un cours Web novateur en télésoins à domicile du Collège Centennial de Toronto.

Le lecteur pourra regarder cette vidéo à www.conseilcanadiendelasante.ca.

Où sont les obstacles?

- Les programmes de soins à domicile sont sous-évalués et sous-financés au regard des besoins de la population. C'est là un acte de myopie, car il fait monter les coûts ailleurs dans le système de santé et appauvrit la qualité de vie des gens⁸.
- Il importe de mettre l'accent sur les services à domicile à la suite d'affections aiguës, mais on oublie de ce fait un grand nombre de Canadiens souffrant d'affections chroniques – sans oublier les maladies mentales – qui, avec un certain soutien, pourraient prendre en charge leur état chez eux.
- La période de deux semaines pose tout particulièrement un problème aux gens qui ont besoin de services de santé mentale ou de soins palliatifs. On ne peut répondre entièrement aux besoins dans ces deux cas avec des périodes fixées arbitrairement et le soutien nécessaire doit se caractériser par sa souplesse.
- Les services d'aide aux Canadiens qui désirent finir leurs jours chez eux sont largement indisponibles ou, lorsqu'ils existent, ne sont pas intégrés aux autres parties du système de santé.
- On se doit de largement améliorer les programmes en place pour venir en aide aux gens désireux d'aider à domicile des membres de leur famille qui sont sur le point de mourir.

Que faut-il faire?

- 1 *Hausser le niveau des services à domicile qui sont actuellement visés par les accords sur la santé. Les services nécessaires devraient être disponibles au-delà de la période de deux semaines et, à la faveur d'une extension à grande échelle du programme, on devrait introduire progressivement des services à domicile à l'intention des Canadiens atteints de maladies chroniques.*
- 2 *Modifier le Régime de prestations de compassion pour qu'un plus grand nombre de Canadiens puissent en profiter. Il faudrait notamment allonger la période de prestations de six semaines (huit semaines, moins le délai de carence de deux semaines) pour la porter à 16 semaines et assouplir quelque peu le critère d'utilisation des prestations dans les 26 dernières semaines de vie du patient en phase terminale (il est difficile de prévoir quand au juste quelqu'un mourra), tout en adoptant les mesures réglementaires proposées afin de permettre aux malades de choisir eux-mêmes leur soignant. On devrait enfin étudier la possibilité d'étendre le régime aux Canadiens qui ne cotisent pas au Régime d'assurance-emploi.*
- 3 *Harmoniser les lois du travail. Les secteurs de compétence qui n'ont pas encore modifié leurs lois du travail pour la protection des emplois devraient agir ainsi sans tarder pour que tous les Canadiens puissent avoir accès aux prestations fédérales de compassion sans craindre pour autant de perdre leur emploi.*

GESTION DES MÉDICAMENTS

Qu'ont promis les gouvernements?

Dans l'accord conclu en 2003 par les premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, les gouvernements se sont engagés à garantir d'ici 2005-2006 aux Canadiens, quel qu'en soit le lieu de résidence, un accès raisonnable à une protection contre les coûts exorbitants de médicaments. Les premiers ministres se sont donné la priorité de pousser la collaboration pour promouvoir une utilisation optimale des médicaments et l'adoption de pratiques exemplaires de prescription, ainsi que pour mieux gérer les coûts de l'ensemble des produits pharmaceutiques, médicaments génériques compris, et ainsi s'assurer que la médication est sûre, efficace et accessible en temps utile et en toute rentabilité.

Dans le Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé, on demande aux ministres de la Santé de charger un groupe de travail de concevoir et d'appliquer une Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques et de produire un rapport d'étape à ce sujet pour le 30 juin 2006. Voici des volets de cette stratégie : possibilités de prise en charge des coûts dans cette « couverture du prix catastrophique des médicaments », élaboration d'un formulaire national pour les secteurs de compétence participants, accès plus rapide aux médicaments de pointe, amélioration des contrôles d'innocuité et d'efficacité, adoption de stratégies d'achat, mesures destinées à influencer les habitudes de prescription, mesures de soutien de la délivrance d'ordonnances par voie électronique, analyse des facteurs de coût et bilan de rentabilité des politiques d'assurance-médicaments.

En octobre 2005, les ministres de la Santé se sont réunis et ont réaffirmé leur engagement à l'égard de cette stratégie. Ils ont alors demandé à leurs fonctionnaires :

- d'accélérer les travaux portant sur la protection contre les coûts excessifs de médicaments et d'entreprendre des recherches sur le traitement pharmaceutique coûteux de deux maladies rares, à savoir la maladie de Fabry et la mucopolysaccharidose du type 1 (maladie de Hurler);
- d'élargir le Programme commun d'examen des médicaments (avec le comité national qui recommande les médicaments à financer) à l'ensemble des produits pharmaceutiques, c'est-à-dire aux médicaments existants comme aux médicaments nouveaux;
- de travailler à un formulaire national commun (répertoire des médicaments approuvés à des fins de financement public);
- de confier au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) une responsabilité de surveillance et de déclaration des prix des médicaments non brevetés;
- de recueillir, assembler et diffuser des renseignements sur les risques et les avantages réels des médicaments.



PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE DE FRANK

Frank a besoin de médicaments et d'articles pour prendre son diabète en charge. Il suit le régime recommandé par son médecin avec deux antihyperglycémiants par voie orale pour la gestion du glucose dans le sang. Frank prend d'autres médicaments pour prévenir la maladie cardiaque, l'ictus et la défaillance rénale, qui sont des complications du diabète.

Ce que doit dépenser Frank de ses propres deniers variera nettement selon le lieu de résidence des Johnson.

À Terre-Neuve-et-Labrador, il en coûterait 3 895 \$ par an pour cette médication, en Ontario 2 046 \$ et au Nunavut 40 \$⁹.



Où en sommes-nous maintenant?

L'engagement pris dans l'Accord de 2003 de ménager un accès raisonnable d'ici 2005-2006 à la « couverture du prix catastrophique des médicaments » a nettement été atténué dans le Plan décennal de 2004, lequel exige seulement des gouvernements qu'ils rendent compte d'ici le 30 juin 2006 des progrès de l'application de la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, et non pas qu'ils s'assurent bel et bien que cette protection-médicaments est déjà en place. Bien que les options de prise en charge des coûts exorbitants de médicaments doivent être visées par le rapport à produire, il n'est pas du tout clair que les Canadiens dépourvus de cette protection pourront s'attendre à l'obtenir d'ici la fin de juin 2006. Pendant ce temps, 600 000 Canadiens de la région de l'Atlantique sont sans régime d'assurance-médicaments et plus de 2 millions d'autres citoyens ne jouissent pas d'une protection contre les coûts excessifs de médicaments.

Les médicaments d'ordonnance tiennent une grande place dans le système de santé canadien. L'ICIS estime que nous dépensons plus en médicaments – 20 milliards de dollars par an – que pour tout autre service de santé sauf l'hospitalisation¹⁰. Les produits pharmaceutiques sont l'article le plus en croissance des budgets de la santé avec une montée annuelle de 10 % des coûts depuis 10 ans, taux de progression plusieurs fois supérieur au taux général de croissance économique dans la même décennie. Des recherches faites au Canada indiquent que nous dépensons davantage en médicaments, parce que plus de gens se voient prescrire des médicaments pour de plus longues périodes et que les prescripteurs préfèrent dans bien des cas des médicaments plus nouveaux et chers à des médicaments efficaces et sûrs qui coûtent moins cher¹¹.

Le Système d'information national sur l'utilisation des médicaments d'ordonnance (SINUMO) est une initiative commune du CEPMB et de l'ICIS et une base de données nationales dotée d'une capacité analytique qui observe et analyse la consommation de médicaments d'ordonnance partout au pays. Le SINUMO aide les régimes publics d'assurance-médicaments à prendre des décisions éclairées et à adopter des politiques de gestion fondées sur des données objectives.

Une prescription appropriée

Sans des données de population sur le caractère approprié de l'évolution des habitudes de consommation pharmaceutique, il est difficile de juger si la montée de cette consommation est synonyme d'amélioration de la santé. Les bons médicaments parviennent-ils aux bonnes personnes au meilleur prix? En fait, si nous assistons à une très forte progression des dépenses en médicaments d'ordonnance, nous nous préoccupons aussi de plus en plus des habitudes de prescription et de leur incidence sur les résultats des patients. Des études réalisées au Canada indiquent ce qui suit :

- Le tiers environ des personnes âgées se voient prescrire des médicaments qui sont inefficaces pour le troisième âge ou qui leur font courir de grands risques inutiles, alors que des solutions de rechange plus sûres s'offrent à elles¹².
- Plus de 30 000 personnes âgées en Ontario ont reçu en une année au moins un médicament à éviter pour le troisième âge¹³.
- Dans une étude effectuée en Saskatchewan, plus de 15 % des personnes âgées demeurant dans leur milieu et 28 % de celles qui se trouvaient en établissement de soins de longue durée ont régulièrement reçu au moins un médicament appartenant à une liste de produits dangereux et qui peuvent être évités par le troisième âge¹⁴.
- Dans une autre étude ontarienne, les victimes d'insuffisance cardiaque qui s'exposaient grandement à mourir étaient les moins susceptibles de recevoir des médicaments d'ordonnance essentiels au maintien de la vie (comme les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA))¹⁵.
- Chez la plupart des patients victimes d'effets indésirables après leur congé d'hôpital, les causes ont à voir avec l'utilisation de médicaments multiples aux interactions connues, à des produits pharmaceutiques à ne pas prendre ensemble ou à une surveillance insuffisante du recours à la médication¹⁶.

Électronisation de la gestion de l'information

De plus en plus de provinces mettent au point des systèmes électroniques d'information pharmaceutique par lesquels ils surveilleront la consommation de médicaments d'ordonnance dans toute la population et livreront un jour des données utiles à l'évaluation de l'innocuité, du coût, de l'accès et des avantages pour la santé. Le programme « E-Therapeutics » est un autre système nouveau avec de l'information des guides de pratique clinique pour la prescription, le coût, la couverture et l'innocuité des médicaments. Ces deux catégories de systèmes devraient être reliées à d'autres systèmes d'information sur la santé des patients de manière à créer un bilan pleinement intégré de soins et de santé pour les patients. (Il sera plus amplement question des systèmes électroniques d'information pharmaceutique et du programme « E-Therapeutics » à la section « Deuxième voie : amélioration de la qualité des soins ».)

Coûts des médicaments et protection publique

Les dépenses en médicaments varient selon les secteurs de compétence, tout comme les montants pris en charge par les régimes publics d'assurance-médicaments (tableau 6)¹⁷.



Tableau 6. Dépenses en médicaments par secteur de compétence, 2002*

Secteur de compétence	Dépenses totales en médicaments (sur ordonnance et en vente libre) (millions de \$)	Dépenses publiques totales en médicaments par habitant (\$)	Dépenses privées totales en médicaments par habitant (\$)	Dépenses (publiques et privées) totales en médicaments par habitant (\$)	Partie des médicaments d'ordonnance en protection publique (%)
Colombie-Britannique	2 001,9	189	298	487	50,6
Alberta	1 625,8	186	336	522	45,7
Saskatchewan	511,8	189	325	514	46,4
Manitoba	597,0	208	309	517	50,1
Ontario	7 663,5	226	408	634	44,9
Québec	4 575,6	259	355	614	49,5
Nouveau-Brunswick	454,5	162	444	606	33,5
Nouvelle-Écosse	567,2	178	428	606	37,1
Île-du-Prince-Édouard	77,3	148	417	565	34,7
Terre-Neuve-et-Labrador	292,9	191	373	564	39,8
Nunavut	6,1	74	137	211	55,9
Territoires du Nord-Ouest	19,5	294	177	471	75,0
Yukon	15,5	260	253	513	66,2
Canada	18 408,7 \$	219 \$	368 \$	587 \$	46,4

*Ce sont les données réelles les plus récentes sur les dépenses avec des données de prévision pour les années postérieures à 2002.

Les régimes d'assurance-médicaments tant publics que privés ont recouru à diverses politiques financières pour tâcher de maîtriser leurs coûts. Pour certains, le point de mire a été l'accroissement des copaiements et des franchises imposés aux patients. Dans d'autres, on a avant tout voulu garantir un accès aux médicaments chers aux patients susceptibles de profiter de leur consommation, tout en refusant ce financement aux patients qui seraient pourtant bien servis par des pharmacothérapies moins coûteuses, mais tout aussi efficaces.

Dans certains secteurs de compétence, on a eu plus particulièrement du succès avec des prix de référence qui limitent ce que paiera un régime pour des médicaments interchangeables¹⁸. D'habitude, on fixe ainsi le prix du médicament le moins cher qui est tout aussi sûr et efficace que les autres. Des recherches indiquent que les prix de référence sont un bon moyen de maîtriser les coûts de médication sans pour autant sacrifier l'efficacité ni l'innocuité.

Dans cette tentative des régimes publics d'assurance-médicaments en vue de mieux gérer les coûts, on sait de plus en plus par les États-Unis que les régimes privés des employeurs font face à des problèmes semblables. Ainsi, Wal-Mart songe à embaucher plus de travailleurs à temps partiel inadmissibles à la protection-médicaments et à ajouter des tâches physiquement exigeantes aux descriptions de tâches pour décourager les gens qui sont moins en santé de se porter candidats à ses postes¹⁹. La General Motors a annoncé une réduction des prestations de maladie de ses salariés et de ses retraités²⁰.

Publicité directe aux consommateurs

Pour compliquer le tableau, il y a une montée de la publicité aux consommateurs sur les médicaments d'ordonnance. La *Loi sur les aliments et drogues du Canada* interdit généralement cette publicité, mais l'évolution progressive de l'interprétation de cette loi et une plus grande exposition à la publicité américaine ont rendu plus présentes les annonces de médicaments d'ordonnance dans les médias canadiens. Ce qu'on appelle les annonces de recherche d'aide ne mentionnent pas une marque nominative en particulier, mais suggèrent aux gens de s'enquérir auprès de leur médecin d'un traitement qui n'est pas précisé. Par ailleurs, dans la publicité de rappel, on mentionne une marque nominative, mais sans faire d'affirmations sur la santé. Ces deux types d'annonces sont permis par les lois canadiennes, mais aucun n'a à renseigner sur les risques pour la santé, les prix des produits ni les éléments de comparaison avec des médicaments du même ordre.

Le Conseil canadien de la santé a récemment passé en revue les recherches déjà consacrées à la publicité directe aux consommateurs afin de juger si celle-ci est source de résultats positifs ou d'avantages en matière de sécurité pour les patients²¹. Pour résumer, disons qu'il n'y a pas d'indications sûres selon lesquelles la publicité directe aux consommateurs améliorerait le respect de la médication chez les patients, mènerait à un meilleur diagnostic hâtif des affections insuffisamment traitées ou empêcherait les hospitalisations ou les conséquences graves de la maladie. Ajoutons que, d'après les déclarations des médecins, il y a un lien direct entre les demandes de médicaments et l'exposition à la publicité : les patients plus exposés à la publicité directe aux consommateurs demandent aussi plus de médicaments déterminés. Le Conseil n'a pas trouvé de données qui justifieraient un assouplissement des règles canadiennes s'appliquant à cette publicité.

Où sont les obstacles?

- La protection à l'égard des médicaments d'ordonnance demeure inégale au Canada et un nombre inacceptable de Canadiens ne sont guère protégés contre les coûts exorbitants de médicaments.
- La montée des coûts et les indices d'inquiétude en matière de sécurité des patients font bien voir la nécessité de mieux gérer les médicaments d'ordonnance.
- Ce ne sont pas tous les secteurs de compétence qui ont adopté des pratiques comme celle des prix de référence. Nous pouvons faire des économies tout en sauvegardant la qualité des soins si nous faisons avant tout porter les politiques et la gestion des régimes d'assurance-médicaments sur les produits « qui sont bons mais coûtent moins cher ». Dans certains secteurs de compétence, on a déjà économisé en liant directement les protocoles et les politiques de prescription par « données probantes » aux pharmacothérapies à moindre coût.
- Il faut des systèmes électroniques pour l'intégration de l'information sur les produits pharmaceutiques, les patients et leurs médicaments. On s'assurera ainsi que l'activité de prescription repose sur des données scientifiques et réduit les effets indésirables qui tiennent aux erreurs de médication.
- Malgré l'absence de preuves au sujet des avantages, la diffusion transnationale des États-Unis au Canada de la publicité directe aux consommateurs sur les médicaments d'ordonnance demeure monnaie courante, tout comme la publicité canadienne de recherche d'aide et de rappel. D'encore relâcher les restrictions canadiennes en matière de publicité directe aux consommateurs ne serait pas au mieux des intérêts des patients ni du système de santé au Canada.

Que faut-il faire?

- 1 *Mettre l'accent sur les gens n'ayant pas la protection de l'assurance-médicaments. Dans la région canadienne de l'Atlantique, 600 000 personnes sont toujours sans cette protection et des millions d'autres citoyens ont un régime qui ne les protège pas contre les coûts exorbitants de médicaments. Pour les rassurer, on doit leur dire que la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques leur donnera accès aux médicaments dont ils ont besoin à un coût qui reste raisonnable pour eux. Les Canadiens méritent qu'on dresse un plan bien concret de mise en œuvre et fixe clairement un calendrier pour le 30 juin 2006.*

- 2 *Continuer à élaborer des systèmes qui soutiennent une prise de décisions par données probantes en ce qui concerne la délivrance d'ordonnances et la protection-médicaments. Pour la prise en charge des coûts, on sera plus équitable et on favorisera mieux la santé de la population en fondant les décisions de prescription et de protection sur des données scientifiques plutôt que de réduire arbitrairement le nombre de bénéficiaires ou de majorer les franchises et les copaiements. Les gouvernements pourraient économiser par une gestion plus rigoureuse de leurs régimes d'assurance-médicaments, la collaboration entre secteurs de compétence et la réforme des comportements de prescription. Grâce à de telles améliorations, on rendra aussi le gouvernement plus capable de mettre en protection publique des médicaments très chers aux vertus cependant éprouvées pour la santé.*

- 3 *Continuer à élaborer des systèmes « population » d'information pharmaceutique liés aux autres renseignements sur la santé des patients. L'électronisation des systèmes d'archivage est le seul moyen de parvenir à la pleine intégration de l'information sur les patients et d'évaluer l'incidence des médicaments d'ordonnance sur les résultats de ces mêmes patients et leurs coûts pour le système de santé. Cette information devrait d'emblée être mise au service d'initiatives nationales d'information des gouvernements et d'activités de contrôle de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments d'ordonnance.*

- 4 *Renforcer la loi pour interdire sous toutes ses formes la publicité directe aux consommateurs sur les médicaments d'ordonnance au Canada. Le législateur devrait clairement bannir la publicité de recherche d'aide et de rappel.*

TEMPS D'ATTENTE

Qu'ont promis les gouvernements?

Devant les vives inquiétudes de la population au sujet des temps d'attente, les premiers ministres ont pris cinq engagements bien précis envers les Canadiens dans leur Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé :

- Ils se sont engagés à présenter d'ici la fin de décembre 2005 des valeurs de référence objectives sur les temps d'attente en oncologie, en cardiologie, en imagerie diagnostique, en arthroplastie et en rétablissement de la vue (traitement opératoire de la cataracte).
- Ils ont également accepté d'établir des indicateurs comparables sur l'accès aux professionnels de la santé et aux actes de diagnostic et de traitement d'ici la fin de 2005.
- Les provinces et les territoires se sont engagés à se fixer des objectifs d'ici la fin de 2007 pour s'aligner sur les valeurs de référence en question.
- Ils ont en outre accepté de rendre compte tous les ans des progrès accomplis dans la réalisation de ces objectifs.
- Pour aider les provinces et les territoires à réduire les temps d'attente, le gouvernement fédéral a constitué un Fonds pour la réduction des temps d'attente doté de 5,5 milliards à répartir par habitant.



ARTHROPLASTIE DE LA HANCHE DE MARIA

À cause de son âge et du fait qu'elle vit seule, Maria est jugée « à risque » et devrait subir le plus tôt possible une arthroplastie de la hanche.

Les données disponibles sur les temps d'attente indiquent que, si Maria demeure en **Ontario**, le délai médian d'attente sera de 17 semaines.

En **Colombie-Britannique**, l'intéressée attendrait de 2 à 102 semaines selon la charge de travail de son chirurgien. En **Alberta**, ce même temps d'attente médian serait de 18 semaines, mais il ne serait plus que de 4,7 semaines si Maria participait au « Hip and Knee Replacement Project » de l'Alberta.



Où en sommes-nous maintenant?

Dans la dernière année, on a prêté une grande attention au phénomène des temps d'attente au Canada et les progrès sont considérables.

Valeurs de référence

Le 12 décembre 2005, les provinces et les territoires ont annoncé leur premier ensemble d'objectifs ou de valeurs communes de référence pour les temps d'attente en radiologie (4 semaines), en pontage cardiaque (de 2 à 26 semaines) et en arthroplastie de la hanche et du genou (26 semaines). D'autres objectifs seront fixés au gré de l'obtention des données de recherche nécessaires (tableau 7). Plus tard en décembre, l'Ontario a rendu publics ses propres objectifs, notamment des « niveaux d'urgence » pour les cinq secteurs cliniques visés par l'Accord de 2004.

Avant même l'annonce des gouvernements en décembre, un certain nombre de provinces et de gestionnaires hospitaliers avaient arrêté leurs propres objectifs de rendement et en avaient mesuré la réalisation. On trouvera un certain nombre des valeurs de référence en question au tableau B.10.

Rapports aux citoyens

On diffuse de plus en plus de renseignements sur les temps d'attente dans chaque province ou territoire. On diffuse, par exemple, par des sites Web grand public, et les données gagnent en qualité (tableau B.9). Par ailleurs, faute de normes, de définitions et de mesures convenues, il est toujours difficile de comparer les données émanant des divers secteurs de compétence. Dans certains sites, on mentionne un objectif pour que les patients puissent voir combien longtemps ils pourraient devoir attendre. Dans certains, on indique les temps réels d'attente d'actes déterminés dans les trois ou six derniers mois. Très peu de sites livrent une information en temps réel sur les temps d'attente à prévoir en divers lieux ou auprès de différents soignants.



Fonds pour la réduction des temps d'attente

Le tableau B.8 décrit les investissements consentis par chaque secteur de compétence avec sa part de ce nouveau financement sur 10 ans pour la réduction des temps d'attente. Certains gouvernements ont acheté du nouveau matériel ou déclaré une hausse du nombre d'interventions chirurgicales pratiquées. D'autres initiatives comportent une formation des professionnels de la santé, une extension des services de santé communautaire et la création de systèmes d'information. Un certain nombre de gouvernements ont concentré leurs efforts sur les cinq secteurs cliniques visés en priorité par les accords sur la santé. D'autres ont investi dans des secteurs différents ayant de l'importance pour eux, qu'il s'agisse des salles d'urgence (Nouvelle-Écosse) ou des services de réadaptation (Territoires du Nord-Ouest).



Tableau 7. Temps réels d'attente de certains traitements dans certaines provinces, information des sites Web grand public en décembre 2005

	Chirurgie cardiaque	Radiothérapie	Traitement chirurgical de la cataracte	Arthroplastie de la hanche	Arthroplastie du genou
Valeur de référence commune* (période de prestation des soins)	(pontage seulement par niveau d'urgence) Niveau I : 2 semaines Niveau II : 6 semaines Niveau III : 26 semaines	4 semaines depuis le moment où on est prêt à traiter	16 semaines pour les patients à haut risque	26 semaines	26 semaines
Colombie-Britannique	Temps d'attente médian : 10,4 semaines <i>août-oct. 2005</i>	Temps d'attente médian : 0,9 semaine <i>août-oct. 2005</i>	Cas relevant des priorités 2 et 3 : temps d'attente médian 1,0–52,9 semaines <i>août-oct. 2005</i>	Cas relevant des priorités 2 et 3 : temps d'attente médian 2,1–102,7 semaines <i>août-oct. 2005</i>	Cas relevant des priorités 2 et 3 : temps d'attente médian 2,4–116,2 semaines <i>août-oct. 2005</i>
Alberta	(pontage seulement) Temps d'attente médian : 3,9 semaines (proportion des cas traités) 46,1 % dans moins de 3 semaines 19,3 % dans les 3 à 6 semaines 27,2 % dans les 7 semaines à 3 mois 5,6 % dans les 4 à 6 mois 1,8 % dans les 7 à 12 mois <i>août-oct. 2005</i>	(cancer du sein et de la prostate) 2 à 5 semaines depuis le renvoi à un oncologue : de moins de 2 à 3,6 semaines entre le rendez-vous et la thérapie <i>31 oct. 2005</i>	Temps d'attente médian : 10,9 semaines (pourcentage des cas traités) 3,5 % dans moins de 3 semaines 12,2 % dans les 3 à 6 semaines 48,8 % dans les 7 semaines à 3 mois 23,7 % dans les 4 à 6 mois 8,1 % dans les 7 à 12 mois 2,9 % dans les 13 à 18 mois <i>août-oct. 2005</i>	Temps d'attente médian : 18,0 semaines (pourcentage des cas traités) 7,9 % dans moins de 3 semaines 12,5 % dans les 3 à 6 semaines 27,1 % dans les 7 semaines à 3 mois 25,8 % dans les 4 à 6 mois 18,6 % dans les 7 à 12 mois 5,8 % dans les 13 à 18 mois 2,3 % dans les 18 mois et plus <i>août-oct. 2005</i>	Temps d'attente médian : 23,9 semaines (pourcentage des cas traités) 3,2 % dans moins de 3 semaines 7,4 % dans les 3 à 6 semaines 24,3 % dans les 7 semaines à 3 mois 24,9 % dans les 4 à 6 mois 26,4 % dans les 7 à 12 mois 9,2 % dans les 13 à 18 mois 4,6 % dans les 18 mois et plus <i>août-oct. 2005</i>
Manitoba	(pontage seulement) Temps d'attente médian : 25 jours <i>juillet-sept. 2005</i>	Temps d'attente médian : 1 semaine <i>juillet-sept. 2005</i>	données non diffusées	données non diffusées	données non diffusées
Ontario	(pontage seulement) Temps d'attente médian : 14 jours 90 % des cas traités dans les 49 jours <i>août-sept. 2005</i>	(radiographie du sein seulement) Temps d'attente médian : 3,1-12,9 semaines <i>juin-août 2005</i>	Temps d'attente médian : 99 jours 90 % des cas traités dans les 311 jours <i>août-sept. 2005</i>	Temps d'attente médian : 119 jours 90 % des cas traités dans les 351 jours <i>août-sept. 2005</i>	Temps d'attente médian : 147 jours 90 % des cas traités dans les 440 jours <i>août-sept. 2005</i>
Nouvelle-Écosse	Temps d'attente moyens : cas urgents à l'interne traités dans les 3 jours; cas semi-urgents A traités dans les 28 jours; cas semi-urgents B traités dans les 67 jours; actes de chirurgie élective dans les 187 jours <i>oct. 2005</i>	Temps d'attente moyens : (régions de la Capitale et du Cap-Breton) cas d'urgence traités en 1 jour; cas pressants dans les 5 à 7 jours; cas semi-pressants dans les 20 ou 21 jours; cas moins pressants dans les 32 à 36 jours <i>oct. 2005</i>	Pourcentage des cas traités : 33 % dans 30 jours 54 % dans les 60 jours 67 % dans les 90 jours 90 % dans les 180 jours 95 % dans les 270 jours 99 % dans les 360 jours <i>janv.-juin 2005</i>	Pourcentage des cas traités : 7 % dans les 30 jours 15 % dans les 60 jours 26 % dans les 90 jours 49 % dans les 180 jours 63 % dans les 270 jours 75 % dans les 360 jours <i>janv.-juin 2005</i>	Pourcentage des cas traités : 4 % dans les 30 jours 9 % dans les 60 jours 17 % dans les 90 jours 40 % dans les 180 jours 57 % dans les 270 jours 74 % dans les 360 jours <i>janv.-juin 2005</i>

Tableau 7. Temps réels d'attente de certains traitements dans certaines provinces, information des sites Web grand public en décembre 2005 – suite

	Chirurgie cardiaque	Radiothérapie	Traitement chirurgical de la cataracte	Arthroplastie de la hanche	Arthroplastie du genou
Saskatchewan	(pontage seulement) Temps d'attente médian : 4 jours <i>avril-sept. 2005</i> <i>Pourcentage des cas traités :</i> 32 % dans les 24 heures 46 % dans les 24 heures à 3 semaines 7 % dans les 4 à 6 semaines 13 % dans les 6 semaines à 3 mois 2 % dans les 4 à 6 mois <i>avril-sept. 2005</i>	Temps d'attente médian : 3,2 semaines entre la première consultation de l'oncologue et le début du traitement <i>avril 2004-mars 2005</i>	Temps d'attente médian : 21,9 semaines <i>avril-sept. 2005</i> <i>Pourcentage des cas traités :</i> 2 % dans les 24 heures 9 % dans les 24 heures à 3 semaines 9 % dans les 4 à 6 semaines 15 % dans les 6 semaines à 3 mois 24 % dans les 4 à 6 mois 28 % dans les 7 à 12 mois 9 % dans les 13 à 18 mois 3 % dans plus de 18 mois <i>avril-sept. 2005</i>	Temps d'attente médian : 14,4 semaines <i>avril-sept. 2005</i> <i>Pourcentage des cas traités :</i> 20 % dans les 24 heures 3 % dans les 24 heures-3 semaines 5 % dans les 4 à 6 semaines 18 % dans les 6 semaines à 3 mois 20 % dans les 4 à 6 mois 16 % dans les 7 à 12 mois 7 % dans les 13 à 18 mois 11 % dans plus de 18 mois <i>avril-sept. 2005</i>	Temps d'attente médian : 40,3 semaines <i>avril-sept. 2005</i> <i>Pourcentage des cas traités :</i> 1 % dans les 24 heures 1 % dans les 24 heures-3 semaines 3 % dans les 4 à 6 semaines 9 % dans les 6 semaines à 3 mois 20 % dans les 4 à 6 mois 24 % dans les 7 à 12 mois 9 % dans les 13 à 18 mois 32 % dans plus de 18 mois <i>avril-sept. 2005</i>

*Les provinces et les territoires ont annoncé ces valeurs de référence communes le 12 décembre 2005.



TEMPS RÉDUITS D'ATTENTE D'UNE ARTHROPLASTIE DE LA HANCHE OU DU GENOU



Les os du genou et de la hanche sont véritablement soudés dans ce cas novateur d'évaluation et de longueur d'attente qui s'est présenté au Bone & Joint Health Institute de l'Alberta. Le Dr Cy Frank est vice-président du conseil de cet Institut et fait partie d'une équipe provinciale qui gère le programme albertain appelé « Knee and Hip Replacement Project » en cours de réalisation dans les régions sanitaires de Calgary, de la Capitale et de David Thompson. Les patients font déjà bon accueil à ce projet où se conjuguent un nouveau cadre de cliniques centrales d'évaluation et un accent sur la réduction des temps d'attente en orthopédie.

Après huit mois, les responsables du projet déclarent, entre autres réalisations, une diminution considérable des temps d'attente en chirurgie, ainsi qu'une réduction des durées d'hospitalisation, mais le Dr Frank évoque aussi des possibilités de prévention, puisqu'un patient qui fait un début d'arthrite et qui reçoit un traitement plus tôt peut tout simplement éviter la chirurgie.

Le lecteur pourra regarder cette vidéo à www.conseilcanadiendelasante.ca.

Le Conseil canadien de la santé loue les gouvernements de leurs efforts de réduction des temps d'attente : les gouvernements ont été à l'écoute des Canadiens et se sont sérieusement efforcés de répondre à leurs préoccupations. En particulier, l'entente sur les valeurs de référence démontre que les secteurs de compétence peuvent collaborer dans l'intérêt général à la réalisation d'objectifs communs. Les provinces et les territoires diffusent de plus en plus de renseignements sur les temps d'attente à leurs sites Web. Certains ont pu montrer que les temps d'attente de certains services étaient plus courts.

Le Conseil craint cependant que certaines des orientations adoptées ne soient trop étroites. Il faut un train plus complet de réformes.

Premièrement, les sites Web grand public sur les temps d'attente sont un grand moyen de reddition de comptes, mais ils doivent livrer de l'information en temps réel. Les Canadiens désirent savoir combien longtemps ils ont à attendre une fois aiguillés vers un service médical, et non pas combien longtemps ils auraient eu à attendre par le passé. Ils devraient aussi être en mesure de comparer les temps d'attente entre les provinces et les territoires.

Dans son récent document d'information intitulé *10 étapes vers un cadre commun de production de rapports sur les temps d'attente* (novembre 2005)²², le Conseil a proposé un ensemble de règles devant aider les secteurs de compétence à en venir à des modes normalisés de gestion et de présentation de l'information sur ces délais, qu'il s'agisse de définir le temps d'attente comme le laps de temps qui s'écoule entre l'aiguillage de départ et l'achèvement de l'acte visé (on ne devrait pas remettre l'horloge en marche chaque fois qu'un acte est remis à plus tard), d'arrêter les priorités des cas et des valeurs de référence en fonction des besoins avec trois « niveaux d'urgence » au plus ou encore d'observer l'incidence des changements apportés et ainsi s'assurer que, en diminuant les temps d'attente pour les actes visés, on ne se trouve pas à augmenter malencontreusement les temps d'attente dans d'autres secteurs.

Deuxièmement, on s'est employé à réduire globalement les temps d'attente de certains actes plutôt qu'à examiner en priorité les patients qui ont à attendre trop longtemps. Même quand on raccourcit les temps d'attente moyens, on devrait s'inquiéter des cas extrêmes des patients dont les délais sont singulièrement longs. On devrait mettre en place des mécanismes pour reconnaître ces patients et prendre les mesures qui s'imposent.



Troisièmement, il importe de regarder comment nous nous attaquons à la question des temps d'attente. Au Canada, la politique normalement adoptée en réaction à des arriérés consiste à accroître les capacités par un surcroît de ressources en financement ponctuel et sélectif. On peut ainsi réduire les délais pour certains patients qui sont actuellement en liste d'attente, mais si on ne sait pas mieux gérer et réaménager les charges de patients, on ne réussira pas par cette stratégie à diminuer les temps d'attente à long terme. La recherche démontre que, en appliquant les principes du génie des systèmes et de la gestion des flux, on peut remporter des succès considérables sans guère alourdir les coûts. Ainsi, les responsables du « Hip and Knee Replacement Project » de l'Alberta ont déclaré en décembre 2005 que le temps moyen d'attente d'une première consultation en arthroplastie de la hanche ou du genou avait été ramené de 35 à 6 semaines et le délai entre cette consultation et l'acte chirurgical, de 47 à 4,7 semaines. On est parvenu à ces résultats remarquables juste en huit mois en apportant une suite de changements aux systèmes (établissement de cliniques centrales d'évaluation, rationalisation des aiguillages, etc.)²³.


Quatrièmement, le Canada doit convenablement étudier la question de l'utilité des services attendus : les patients en liste d'attente pour des actes médicaux ont-ils réellement besoin des services en question? En faisant subir aux gens des opérations où les avantages possibles ne l'emportent pas sur les risques, on peut en réalité causer plus de tort que de bien.²⁴ L'efficacité des mesures de réduction des temps d'attente pourrait n'être qu'un échec si l'effet est simplement de multiplier des services hors de toute amélioration des résultats de santé.


En disposant de règles pour établir si un acte est approprié, on pourrait de toute manière gérer les listes d'attente avec plus d'efficacité et ainsi s'assurer que les ressources de la santé vont au traitement des patients qui en profiteront le plus. Nous pourrions aussi prendre la mesure du besoin véritable qui s'attache à un acte en particulier dans chaque collectivité, ce qui nous donnerait la possibilité de concevoir les capacités du système de santé en fonction des besoins constatés. Certains prestataires de soins de santé au Canada ont entrepris de mieux gérer l'accès aux services en normalisant la prise de décisions et en faisant appel aux meilleures données cliniques disponibles. Ainsi, le Réseau des soins cardiaques de l'Ontario gère avec succès les listes d'attente en chirurgie cardiaque sur le territoire provincial à l'aide d'outils validés de classement des patients selon les besoins médicaux. C'est une orientation qui a été retenue par d'autres secteurs de compétence, mais des programmes comme celui-là pour la gestion des listes d'attente sont l'exception plutôt que la règle au pays, surtout dans le cas d'actes à très grand volume et à faible risque comme les opérations à la cataracte et la scanographie IRM-TDM.


Quels sont les obstacles?

- On dispose de plus en plus de renseignements sur les temps d'attente aux sites Web des gouvernements, mais l'hétérogénéité de cette information rend difficile toute comparaison et les citoyens sont moins capables de faire rendre des comptes aux gouvernements sur les progrès accomplis.
- Nous ne posons pas les bonnes questions au sujet des temps d'attente. Ainsi, il importe de mesurer les soins en quantité et les attentes en durée, mais il faut aussi s'attacher aux patients qui doivent attendre trop longtemps.
- Il est certes important de mesurer les temps d'attente, mais le tout doit s'accompagner d'un grand exercice d'analyse et de réaménagement des soins.
- Il ne faut pas séparer les efforts de réduction des temps d'attente du travail qui garantira que les soins attendus sont médicalement appropriés. Les données sur les avantages et les risques d'interventions déterminées devraient être à la base même des décisions de traitement.

Que faut-il faire?

- 1  Améliorer l'information publique sur les temps d'attente. Ce qui intéresse le plus les gens, c'est de savoir combien de temps les Canadiens peuvent avoir à attendre un traitement. L'information grand public sur les temps d'attente devrait indiquer aux Canadiens quels temps d'attente ils peuvent prévoir; elle devrait être facile à utiliser et à comprendre et simple à comparer entre les régions du pays.

- 2  Concevoir un train de réformes pour la réduction des temps d'attente avec les éléments suivants :
 - liste d'attente commune pour chacun des grands services, de sorte que les patients reçoivent les services selon l'urgence de leur situation et aient la possibilité de s'adresser à des médecins auprès de qui les listes d'attente sont plus courtes;
 - système central d'information qui relève les patients dont les temps d'attente deviennent singulièrement longs et déclenche une vérification en conséquence;
 - mécanisme d'appel pour les patients qui jugent que l'attente se prolonge ou devient excessive;
 - registres fiables en temps réel sur les listes d'attente pour aider les gestionnaires à donner les soins en temps utile en constatant les goulots d'étranglement et en produisant des données à jour pour une comparaison des temps d'attente avec ceux d'autres établissements ou secteurs de compétence.

- 3  Mettre l'accent sur la pertinence des soins et sur les résultats en matière de santé. Nous avons besoin de meilleures méthodes pour intégrer les renseignements sur les objectifs liés aux temps d'attente et sur la pertinence des interventions.



DEUXIÈME VOIE



DEUXIÈME VOIE

Amélioration de la qualité des soins

Notre système de santé assure des soins appropriés et sans danger aux Canadiens de jour en jour, mais on sait aussi, par une masse de données de recherche émanant du Canada et de l'étranger, que les services de santé peuvent ne pas procurer tous les avantages prévus et même causer du tort aux gens, source de grandes frustrations pour les prestataires de soins de santé. Personne ne veut au départ donner de mauvais soins, mais une organisation médiocre ou l'absence de systèmes d'information en intégration peut engendrer des erreurs. Le Conseil canadien de la santé propose quatre volets d'une stratégie destinée à accroître la qualité des soins :

- accent mis sur les **efforts en vue de garantir la sécurité des patients**;
- investissements appréciables en **systèmes de gestion de l'information** pour des soins de qualité;
- création et soutien de **conseils de la qualité** et d'organismes de recherche pour la production de données cliniquement utiles sur les résultats des patients;
- établissement d'**indicateurs de résultats de santé et de rapports publics à ce sujet** en relation directe avec les objectifs de renouveau des soins.

SÉCURITÉ DES PATIENTS

Qu'ont promis les gouvernements?

En 2003, les premiers ministres se sont entendus pour former l'Institut canadien sur la sécurité des patients.

Même avec les meilleurs systèmes en place, les choses vont mal parfois. La première étude canadienne consacrée à la sécurité des patients a permis d'estimer que quelque 185 000 des patients au pays ont subi en milieu hospitalier des effets indésirables causant des traumatismes ou la mort en l'an 2000 et que près de 70 000 de ces accidents auraient pu être évités. Pour la plupart, les patients de l'échantillon de cette étude se sont remis de ces effets, mais 21 %

Qu'entendons-nous par effets indésirables?

Il s'agit de traumatismes ou de complications imprévus causés par la prestation des soins et dont le résultat est l'invalidité, le décès ou une hospitalisation prolongée.

y ont succombé²⁵. Ainsi, jusqu'à 23 750 personnes par an pourraient mourir des suites d'un événement fâcheux en milieu hospitalier. Selon les déclarations dans un récent sondage, 23 % des Canadiens – plus de 5 millions de gens – ou un membre de leur famille ont dû composer, à un certain stade de leur vie, avec des effets indésirables des soins reçus²⁶.

S'ajoute à ce bilan humain défavorable le coût des effets indésirables que les chercheurs estiment à plus d'un million de jours d'hospitalisation. Si on prévenait plus de ces événements, les ressources qui y sont affectées pourraient être employées ailleurs. Des soins plus sûrs coûtent aussi moins cher.

Où en sommes-nous maintenant?

La création de l'Institut canadien sur la sécurité des patients a fait naître un nouvel accent sur la question des erreurs évitables dans les milieux de soins au Canada. À l'heure actuelle, cet institut parraine à la base une campagne de mobilisation des établissements de santé en vue d'une réduction des erreurs évitables.

Sous l'appellation *Des soins de santé plus sûrs – Maintenant!*, cette campagne est axée sur six interventions dont on sait qu'elles combattent la mort et l'invalidité :

- affectation d'équipes d'intervention rapide;
- prestation objective de soins aux victimes d'attaques cardiaques;
- prévention des effets indésirables des médicaments;
- prévention des infections sanguines par les sondes introduites;
- prévention des infections d'origine chirurgicale;
- prévention de la pneumonie chez les patients utilisant des respirateurs.

À cette campagne à caractère volontaire se sont joints à ce jour plus de 135 établissements hospitaliers et autres établissements de santé du pays.

L'agrément des établissements de santé est un autre moyen d'amélioration de la sécurité des patients. L'agrément se fait par un programme volontaire d'évaluation externe de ces établissements par rapport à un ensemble de normes nationales. Une équipe d'évaluateurs visite un établissement, passe en revue les données sur la qualité des soins, interroge les clients et le personnel, recommande des améliorations et surveille le respect des mesures prises.

Au Canada, ce service est assuré par le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé (CCAES), qui s'est doté d'objectifs de sécurité des patients dans le cadre de son programme d'agrément. L'adhésion aux objectifs et aux pratiques adoptés entrera en ligne de compte dans les décisions d'agrément prises en 2006. Les établissements de santé devront démontrer qu'ils adhèrent à ces pratiques en matière de sécurité des patients pour pouvoir être agréés. Ils ont à atteindre six grands objectifs :

- *Créer une culture de la sécurité en leur sein.* Il s'agit notamment d'établir un système de déclaration des effets indésirables, de produire des rapports trimestriels sur la sécurité des patients à l'intention de leur conseil d'administration et d'établir une politique officielle de communication de ces événements fâcheux aux patients et aux familles.
- *Améliorer l'efficacité et la coordination des communications entre les fournisseurs de services et les patients.* Il s'agit notamment de mettre l'accent sur l'éducation des patients et de se doter de mécanismes efficaces de transfert d'information et de conciliation des mesures de médication des patients à leur admission et à leur passage à d'autres milieux de soins.
- *Garantir une utilisation sans danger des médicaments à haut risque.* Il s'agit notamment de dresser des protocoles pour chaque étape, à savoir l'achat, la prescription, la distribution, l'administration et la surveillance de ces médicaments.
- *Veiller à la sécurité de l'administration de médicaments par infusion.* Il s'agit notamment de s'attacher à la sécurité du rangement des médicaments, de limiter le nombre de concentrés médicamenteux disponibles et de donner une formation permanente au maniement de toutes les pompes d'infusion.

Qu'entendons-nous par mesures de sécurité des patients?

Il s'agit de stratégies visant à réduire les actes dangereux lors de la prestation de soins de santé et à prévenir les blessures involontaires ou les complications pour les patients. Les risques d'infections acquises en établissement et d'administration de mauvais médicaments ou de mauvaises doses sont des exemples de problèmes que les mesures de sécurité des patients devraient enrayer.

- *Créer un milieu de travail propice à la sécurité de la prestation des soins.* Il s'agit notamment de faire de l'éducation et de la formation au profit des travailleurs et un entretien préventif portant sur l'ensemble des produits, des appareils et des technologies.
- *Atténuer les risques d'infections acquises en établissement.* Il s'agit d'adhérer à des règles anti-infectieuses, de faire l'éducation et la formation des employés et des bénévoles, de surveiller les taux d'infection et de recourir uniquement à du matériel et à des aménagements stérilisés.

Bien que l'agrément soit volontaire dans une large mesure, la vaste majorité des établissements de santé et des régions sanitaires du pays participent au programme, mais peu d'organismes rendent publics leurs rapports d'évaluation in extenso. Dans un certain nombre de provinces et de territoires, l'agrément est obligatoire. Au Québec par exemple, les établissements de santé tant privés que publics doivent être agréés. Dans d'autres secteurs de compétence, il y a encouragement à la participation au programme d'agrément par l'octroi de fonds; l'Ontario agit ainsi dans le cas de ses établissements de soins de longue durée et un certain nombre d'autres

provinces assument directement leur part des coûts d'initiatives de formation, par exemple.



De plus, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada impose l'agrément de tous les hôpitaux universitaires par l'intermédiaire du CCAES. Comme on s'attache davantage aujourd'hui sur le plan national à toute la question de la sécurité des patients et de l'obligation de rendre des comptes, le moment est venu de se demander si l'agrément et la communication au public des résultats détaillés devraient conserver ce caractère volontaire.



Il sera difficile d'instaurer une culture de la sécurité dans les établissements de santé – ce qui est un des six objectifs du CCAES en matière de sécurité des patients – sans modifier le régime actuel de protection en responsabilité professionnelle qui met en situation d'affrontement les patients lésés et les professionnels de la santé. Lorsqu'il a examiné cette question en 1990 à la demande des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, Robert Prichard a recommandé que le Canada institue un régime sans égard à la responsabilité d'indemnisation des victimes d'accidents évitables de soins sur le modèle des régimes d'indemnisation des accidentés du travail –, mais ce conseil n'a pas été retenu²⁷. À l'époque, il estimait que le régime en place recevait 200 millions annuellement en primes d'assurance et versait des indemnités à quelque 250 patients ne représentant que 10 % environ des patients ayant subi des effets indésirables des soins. Comme ces coûts sont supportés dans une large mesure par la population (ainsi, l'Ontario subventionne les assurances des médecins pour



faute professionnelle), il paraît prudent de réexaminer le pour et le contre d'une indemnisation sans égard à la responsabilité avec des données sur les coûts et les demandes qui décrivent la situation actuelle.

Où sont les obstacles?

- Au Canada, les efforts en sont encore aux premiers stades dans le domaine de la sécurité des patients et devront pouvoir compter sur des leviers de la politique publique qui accroissent la participation et l'obligation de rendre des comptes au public. Les programmes reposant sur des données objectives qui démontrent des améliorations de qualité pour les patients devraient être obligatoires, et non pas seulement volontaires.
- La protection en responsabilité professionnelle des prestataires de soins de santé demeure individuelle et les patients qui subissent un préjudice n'ont d'autre choix que de poursuivre le prestataire de soins de santé qu'ils estiment responsable, ce qui empêche de faire connaître les erreurs dans les milieux de soins et diminue les chances que les patients soient indemnisés.

Que faut-il faire?

- 1 *Rendre obligatoire l'agrément des établissements de santé. L'agrément est un puissant levier à manœuvrer pour l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Les gouvernements devraient en faire une condition de l'octroi de fonds publics.*
- 2 *Exiger que les rapports d'agrément soient rendus publics. Par souci de rendre des comptes, les établissements de santé devraient faire connaître les résultats de leurs examens d'agrément et expliquer leurs plans d'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité des soins.*
- 3 *Réexaminer la question de l'indemnisation sans égard à la responsabilité des victimes d'effets indésirables des soins. Nous devons jeter un regard neuf sur les modes d'indemnisation des patients subissant un préjudice et nous demander si les régimes d'assurance en place ne nuisent pas à l'instauration d'une culture de la sécurité; on devrait inclure dans cet exercice la question de la protection de l'emploi des dénonciateurs. Les organismes de protection en responsabilité professionnelle, les gouvernements et les organismes de réglementation et de sécurité des patients devraient collaborer à l'élaboration de recommandations et prendre les mesures qui s'imposent.*

SYSTÈMES DE GESTION DE L'INFORMATION POUR DES SOINS DE QUALITÉ

Pour les 12 derniers mois, on dénombre 322 millions de consultations de médecins canadiens, 382 millions d'ordonnances exécutées au pays, 300 000 essais cliniques effectués dans le monde et 1,8 million de nouveaux documents de recherche parus dans 20 000 revues médicales²⁸. Dans le contexte des soins modernes d'aujourd'hui, les prestataires de soins de santé ont besoin de renseignements sûrs et précis sur la santé des patients au point de prestation des soins, ainsi que des meilleures données disponibles pour établir les possibilités de traitement. On ne saurait considérer comme un luxe les outils électroniques de gestion de l'information sur les patients et d'aide aux décisions de traitement; ils sont un facteur essentiel qui garantit la prestation de soins appropriés et sans danger.

Qu'ont promis les gouvernements?

Dans leur Accord de 2003, les premiers ministres ont accepté d'accorder la priorité aux dossiers de santé électroniques et aux technologies de télésanté, plus particulièrement pour les régions rurales et éloignées. Le gouvernement canadien s'est engagé à augmenter le soutien prêté à Inforoute Santé du Canada afin de l'aider à réaliser de tels objectifs.

Où en sommes-nous maintenant?

Électronisation des dossiers de santé

Les Canadiens peuvent consulter en ligne leurs données financières personnelles partout au pays, mais les données sur leur santé restent largement sur papier dans toutes sortes de bureaux et d'organismes sans liens entre eux. Une électronique complète des dossiers de santé donnerait à chaque Canadien un relevé de ses soins en toute sécurité et confidentialité, bilan électronique qu'un prestataire de soins de santé autorisé pourrait consulter en tout temps.

Grâce à la disponibilité électronique des dossiers de santé, on améliore la qualité des soins, car on fait en sorte qu'une information précise soit d'une disponibilité immédiate au point de prestation des soins. Les dossiers de santé sur support électronique améliorent la sécurité des patients en réduisant les erreurs que cause la multiplicité des dossiers et des points d'entrée des données et ils rendent le système plus efficace en général en atténuant le double emploi et en permettant une meilleure circulation de l'information. On a entrepris de mettre au point des systèmes électroniques de dossiers de santé (tableau B.11), et de nets progrès se sont faits dans une initiative commune. Ainsi, tous les secteurs de compétence ont consenti à employer une « architecture » commune dans leurs projets d'électronisation des dossiers de santé et ils utilisent un même ensemble de normes de données et de technologie pour être sûrs que leurs systèmes pourront se parler entre eux. Quelques gouvernements ont aussi adhéré à un programme d'achats communs.

Inforoute Santé du Canada, qui est l'organisme chargé de promouvoir la mise en place de systèmes électroniques d'information sur la santé, a fixé l'objectif suivant : la moitié des Canadiens devront d'ici 2010 avoir un dossier électronique de santé accessible. En mars 2005, ce même organisme a accru son niveau de financement des programmes d'implantation de tels systèmes. Le Conseil canadien de la santé félicite Inforoute d'avoir multiplié ses investissements dans cette entreprise.

Il convient de la complexité des questions d'implantation qui doivent être résolues : financement, protection des renseignements personnels, intégration des renseignements émanant de sources diverses, inclination des prestataires de soins de santé à adopter la nouvelle technologie, etc. Il reste que les progrès sont toujours trop lents dans l'électronisation des dossiers de santé (tableau 8). Le Conseil reprend le message de son rapport de l'an dernier : les visées ne sont pas assez ambitieuses. À son avis, tous les Canadiens devraient avoir un dossier de santé électronique en 2010.

Tableau 8. Rapport d'étape d'Inforoute Santé du Canada sur la réalisation de son objectif d'électronisation des dossiers de santé de la moitié des Canadiens d'ici 2010

Élément du dossier électronique	Progrès prévus au 31 mars 2006	Progrès prévus au 31 mars 2008
Registre des clients	25,2 % des Canadiens	100 % des Canadiens
Registre des prestataires	29,3 % des principaux prestataires	100 % des principaux prestataires
Imagerie diagnostique	46,1 % des examens en archivage numérique	79,7 % des examens en archivage numérique
Systèmes d'information pharmaceutique	30,4 % des Canadiens	60,7 % des Canadiens
Systèmes de données de laboratoire	8 % des Canadiens	65,2 % des Canadiens
Systèmes interfonctionnels de dossiers de santé	4 % de la population cible	30 % des Canadiens



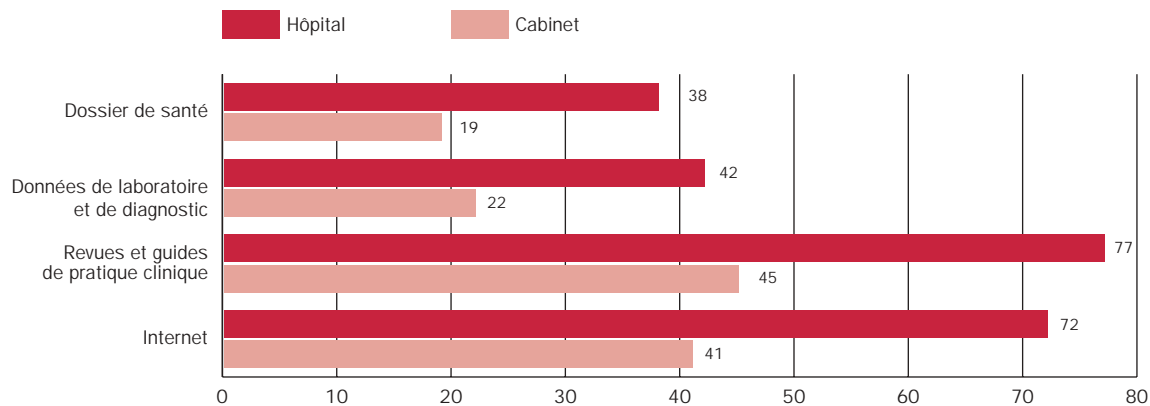
Pendant que nous attendons, la qualité des soins donnés aux Canadiens est régulièrement menacée par les erreurs que cause l'entrée manuelle des données sur la santé. Le Canada est en retard sur d'autres pays dans l'adoption de technologies qui aideraient à prendre les décisions cliniques par données probantes, réduiraient les erreurs et amélioreraient la santé de la population.²⁹ En Nouvelle-Zélande, 95 % des médecins de famille ont informatisé leurs dossiers et les trois quarts se servent de leurs systèmes pour envoyer et recevoir les résultats de laboratoire et de radiologie et les données de congé et d'aiguillage. On signale aussi de hauts niveaux de gestion électronique de l'information au Danemark, pays où 90 % des cabinets de médecins sont informatisés et envoient et reçoivent l'information clinique par des réseaux.

Au Canada, les médecins indiquent bel et bien utiliser davantage Internet, mais l'accès aux divers types de technologies de l'information est variable (graphique 1)³⁰. Les médecins jouissent nettement d'un meilleur accès à ces technologies en milieu hospitalier qu'en cabinet.

Qu'entendons-nous par systèmes électroniques interfonctionnels de dossiers de santé?

Il s'agit de dossiers de santé électroniques (DSE) où sont réunis des renseignements puisés à de nombreuses sources en une même fiche de patient qui relève en toute sécurité et confidentialité tous les antécédents médicaux et les soins d'une personne avec les résultats d'examen, les médicaments et les traitements du passé.

Graphique 1. Utilisation par les médecins canadiens de technologies d'information sur la santé dans les cabinets et les hôpitaux comme milieux de soins, 2004



En 1998, le Royaume-Uni a lancé une campagne dynamique d'électronisation des dossiers et d'intégration de l'ensemble des prestataires de soins de santé à un réseau national. Les délais qu'il s'est fixés sont fort différents des nôtres (tableau 9).

Tableau 9. Calendrier du programme « Connecting for Health » du National Health Service au Royaume-Uni

Été 2005	Inscription en ligne de tous les rendez-vous en clinique externe Disponibilité en ligne de l'information de base sur les patients
Printemps 2006	Disponibilité en ligne de l'information détaillée sur l'ensemble des patients Ensemble des demandes en imagerie diagnostique et en pathologie par voie électronique Ensemble des consultations en salle d'urgence et après les heures d'activité inscrites dans le système
Automne 2006-2008	Outils d'aide à la décision mis à la disposition du personnel médical et infirmier Disponibilité d'un système de prescription par voie électronique Communication en télésanté avec les professionnels de la santé à partir du domicile des gens
2010	Intégration des services de santé et des services sociaux

Au Canada, les gouvernements doivent prendre l'initiative de hâter les progrès dans l'électronisation des dossiers de santé. Il faut accroître les ressources et les soustraire aux pressions des dépenses ordinaires du système de santé. Une étude réalisée récemment pour Inforoute Santé du Canada a permis d'estimer qu'il en coûterait au total 10 milliards de dollars aux Canadiens en électronique des dossiers de santé de toute la population canadienne³¹.

Cet exercice est coûteux, mais les investissements en question sont primordiaux. Les gouvernements et la population ne devraient pas s'en laisser détourner par les aléas normaux d'un vaste mouvement de changement technologique. Si nous ne modernisons pas la gestion de l'information sur les patients, toutes les autres activités menant au renouveau des soins s'enliseront. On peut avoir les meilleures intentions, mais les efforts d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la collaboration en soins primaires – entre autres aspects de la question – demeureront vains si nous ne nous dotons pas de systèmes d'information rationalisés et intégrés.

Où sont les obstacles?

- Le Canada ne fait pas assez pour hâter l'implantation de systèmes de gestion de l'information qui relie électroniquement les données sur la santé des patients. Ces systèmes sont de nature à améliorer les résultats et le rendement des soins, à réduire les chevauchements, les erreurs et les coûts et à diminuer les temps d'attente.
- Le Canada n'a pas consenti le financement soutenu devant garantir que, d'ici 2010, il y aurait électronique des dossiers de santé de tous les Canadiens. Le Royaume-Uni dépense l'équivalent de 300 \$ par personne dans une telle entreprise, alors que, dans notre pays, le financement correspondant n'est actuellement que de 30 \$ par personne.
- Sans cette électronique des dossiers de santé, il est impossible d'atteindre les objectifs nationaux de création d'un système intégré de soins primaires auquel auraient accès les patients 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Que faut-il faire?

- 1 Accélérer l'électronisation des dossiers de santé. Inforoute Santé du Canada devrait réviser ses délais en fonction de l'objectif d'une électronique des dossiers de santé de toute la population pour 2010.
- 2 Accroître l'investissement de départ pour que cet objectif d'électronisation intégrale puisse être atteint. Ce sont des mesures coûteuses mais essentielles pour le renouveau des soins.
- 3 Renforcer l'engagement du public et de la classe politique dans cet investissement. On doit largement insister sur l'intérêt qu'offrent les dossiers de santé électroniques et les autres formes que prend la technologie de l'information, de sorte que le public en comprenne ettement les avantages et appuie les engagements que nécessite l'adoption rapide de ces outils.
- 4 Stimuler l'adhésion des soignants aux systèmes électroniques de dossiers de santé pour que ceux-ci soient rapidement adoptés. Les prestataires de soins de santé ont besoin d'être soutenus dans le passage à ces systèmes électroniques.

Systèmes électroniques d'information pharmaceutique

Un système électronique d'information pharmaceutique – ce qu'on appelle parfois un « pharmanet » – est un réseau informatique sécurisé qui relie toutes les pharmacies d'une province ou d'un territoire à un ensemble central de systèmes d'information, lesquels donnent aux prestataires de soins de santé un accès rapide aux données les plus à jour sur l'innocuité des médicaments et les interactions médicamenteuses, ainsi que sur les antécédents individuels des patients. Ils accroissent la sécurité des médicaments en prévenant la surconsommation pharmaceutique par reproduction illicite ou fraude et par une vérification des interactions et des doses de médicaments.

Les services des urgences des hôpitaux et les cliniques communautaires peuvent aussi se brancher sur un système électronique d'information pharmaceutique pour que les prestataires de soins de santé de première ligne soient avertis des allergies des patients, des interactions médicamenteuses possibles ou d'autres problèmes de sécurité. Un tel système permet aussi aux patients et aux prestataires de soins de santé de tirer pleinement parti d'une fonction électronique de délivrance d'ordonnances, autre outil primordial de gestion de l'information que nous décrivons à la prochaine section. Les plus avancés de ces systèmes au Canada sont PharmaNet en Colombie-Britannique et le « Drug Programs Information Network » (DPIN) au Manitoba. La Saskatchewan a commencé à introduire son programme d'information pharmaceutique dans les salles d'urgence, les pharmacies et d'autres lieux. Dans d'autres secteurs de compétence, on se trouve à divers stades de l'implantation de cet important instrument.



Prescription par voie électronique

Une fois électronisés les dossiers de santé, il peut toujours se présenter une situation où le diagnostic a été établi, où le médecin a porté ses indications directement sur la fiche du patient et sort son bloc d'ordonnances pour prescrire des médicaments. Au fil des ans, on a fait toutes sortes de plaisanteries au sujet des pattes de mouche des médecins prescripteurs, mais il n'y a pas de quoi rire lorsqu'un patient se voit administrer le mauvais médicament ou la mauvaise dose.

La prescription par voie électronique est un nouveau moyen dont disposent les prestataires de soins de santé pour assigner des médicaments à leurs patients – par ordinateur. Après un contrôle de sécurité et d'efficacité de médication, on produit sur papier ou sur support électronique une ordonnance lisible à laquelle les pharmaciens se reportent pour distribuer les médicaments. L'information en question est versée dans une grande base de données où se retrouvent toutes les ordonnances d'un secteur de compétence.

La recherche sur la délivrance d'ordonnances par voie électronique indique ce qui suit³² :

- Elle réduit le nombre d'effets indésirables des médicaments et améliore les soins aux patients en livrant des indications primordiales sur des aspects comme les allergies des sujets et les interactions médicamenteuses possibles.
- Elle aide les médecins à prendre des décisions cliniques optimales en temps utile.
- Elle améliore le contrôle des coûts des régimes publics d'assurance-médicaments en renseignant sur les médicaments approuvés pour cette protection.
- Elle réduit les hospitalisations par effets indésirables des médicaments.
- Elle diminue le temps que passent les pharmaciens à rappeler les soignants pour obtenir des éclaircissements sur des ordonnances manuscrites.
- Elle livre une information permettant de continuer à améliorer la qualité des pratiques de prescription.
- Grâce à elle, les patients ont moins longtemps à attendre pour faire exécuter une ordonnance.

La prescription par voie électronique n'est pas la règle au Canada, bien que ses avantages soient connus. Inforoute Santé du Canada estime à environ 8 % la proportion des médecins qui, dans notre pays, recourent à une certaine forme électronique de prescription. Au nombre des grandes entraves à l'adoption universelle de cette technologie au pays, on compte le manque d'accès à une information complète sur les patients, l'absence de moyens technologiques aux points de prestation de soins, le défaut d'intégrer la technologie au cadre des soins et l'absence de mesures législatives et réglementaires qui favoriseraient l'usage de cette fonction électronique. Il ne s'agit toutefois pas d'obstacles insurmontables.

Il faut un leadership pour que le cadre légal et réglementaire en place soit évalué, que les facteurs qui justifient l'électronisation des ordonnances soient communiqués, que le nouveau système soit accepté des médecins et des pharmaciens, que les éléments d'information nécessaires soient définis et que l'implantation progressive de systèmes de gestion de l'information soit planifiée.



PRESCRIPTION PAR VOIE ÉLECTRONIQUE POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS



De jour en jour, la pharmacie de Baycrest, établissement de soins de longue durée de Toronto, distribue bien plus de 5 600 médicaments à plus de 700 personnes à la santé fragile ou à l'âge d'or de leur vie qui vivent chez eux ou séjournent en milieu hospitalier. Un des plus grands risques dans tout milieu de soins est la possibilité qu'un effet indésirable de médicaments ou une erreur de prescription provoque la mort dans le plus sombre des scénarios. Dans un établissement moyen de 100 lits, neuf de ces accidents sont normalement relevés chaque mois, et on estime que presque la moitié d'entre eux auraient pu être évités. À Baycrest, une équipe formée de médecins, de pharmaciens, de chercheurs et de spécialistes des systèmes d'information a voulu concevoir un système informatisé de

délivrance d'ordonnances qui réduirait le nombre de ces effets indésirables, tout en offrant un outil d'aide à la décision clinique à tous les maillons de la « chaîne de prescription ». Entre autres avantages, le système élimine les ordonnances manuscrites et avertit le personnel des interactions et des contre-indications possibles des médicaments.

Le lecteur pourra regarder cette vidéo à www.conseilcanadiendelasante.ca.

« E-Therapeutics »

Un nouveau complément électronique aux systèmes de prescription et d'information pharmaceutique par voie électronique est une initiative appelée « E-Therapeutics » de l'Association des pharmaciens du Canada (APhC), que finance le gouvernement fédéral par le canal de Santé Canada. Ce programme donne aux prescripteurs un accès électronique par ordinateur ou appareil portatif à toute l'information que renferme le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, qui est un répertoire pharmaceutique annuel de référence que publie depuis longtemps cette association. « E-Therapeutics » permettra de consulter facilement l'information sur les contre-indications, ainsi que les avertissements et les mises en garde relatifs aux médicaments envisagés dans une pharmacothérapie. Le système renseignera également sur les interventions médicamenteuses normales et acceptées contre les maladies et les états médicaux. « E-Therapeutics » est entré dans la dernière phase de sa réalisation en décembre 2005; nous prions les prescripteurs d'adopter ce nouvel outil pour accroître l'efficacité et la précision de la délivrance d'ordonnances, tout en prévenant les effets indésirables de médication.

Où sont les obstacles?

- La santé des Canadiens se trouve compromise par l'illisibilité des ordonnances manuscrites et les erreurs qui se glissent dans tout ce qui est établissement et traitement manuels des ordonnances.
- Le Canada ne tire pas tout le parti voulu de ce qui existe comme technologies de prescription par voie électronique et systèmes électroniques d'information pharmaceutique et, dans ce domaine, il est en retard sur d'autres pays.
- Il faut modifier les règlements et les lois pour vaincre les obstacles de taille à l'implantation intégrale d'un système électronique de délivrance d'ordonnances au Canada. À l'heure actuelle, les lois fédérales exigent que les ordonnances soient manuscrites ou verbales et les signatures électroniques ne sont pas permises. Il faudra modifier la réglementation de protection des renseignements personnels pour un accès sûr à une information complète sur les patients à tous les points du continuum des soins.



PARTAGE DU DOSSIER DE JUANITA

Juanita a décidé de rendre visite à sa belle-mère pendant qu'elle était en attente d'une arthroplastie de la hanche. Malheureusement, Juanita a subi un grave accident de voiture en route et, inconsciente, a été transportée en toute hâte à une salle d'urgence en dehors de sa province d'origine. Comme il n'y a pas pour l'instant de dossiers électroniques de santé à l'échelle du Canada, le service des urgences en question n'a pu consulter les données de soins primaires du dossier de l'intéressée et il ignorait donc que celle-ci employait un anticoagulant.

Grâce à un système électronique national de dossiers de santé, les prestataires de soins de santé auraient pu connaître après l'accident de voiture les antécédents et l'état de santé de Juanita. Ainsi, ses radiographies auraient été immédiatement disponibles par imagerie numérique et pourraient avoir été transmises par courrier électronique à son prestataire de soins de santé de première ligne dans sa province d'origine. Par téléconférence, les médecins auraient pu discuter de la meilleure façon de traiter Juanita jusqu'à ce qu'elle puisse retourner chez elle.



Que faut-il faire?

- 1 Relier les systèmes électroniques d'information pharmaceutique aux dossiers de santé électroniques. Les gouvernements devraient ériger en priorité l'application obligatoire de systèmes électroniques complets d'information pharmaceutique et de systèmes électroniques de délivrance de médicaments et intégrer le tout à l'application de systèmes électroniques de dossiers de santé dans chaque secteur de compétence.
- 2 Instaurer une collaboration officielle pour vaincre les obstacles. Inforoute Santé du Canada devrait prendre l'initiative avec les partenaires appropriés d'instaurer une collaboration pancanadienne pour accélérer l'implantation d'un système de prescription par voie électronique.

CONSEILS DE LA QUALITÉ

Un certain nombre de secteurs de compétence ont créé des conseils de la qualité. Ce sont des organismes qui s'emploient à établir de l'information, des procédés et des ressources permettant d'améliorer la qualité des soins au niveau local. Grâce aux ressources dont ils disposent en propre, ces organismes sont bien placés pour agir efficacement sur la quête de la qualité à plusieurs niveaux. Ils peuvent recueillir des données sur l'état de santé de la population et les relier à l'information sur les soins des patients afin d'évaluer si les gens obtiennent les soins les plus appropriés. Ils peuvent travailler avec les prestataires de soins de santé pour que les services que rendent ceux-ci s'alignent sur ce qu'on connaît comme pratiques exemplaires. Ils peuvent également surveiller et déclarer le rendement général du système de santé de leur secteur de compétence. Voici des exemples :

- En Saskatchewan, le Health Quality Council a fait de l'amélioration de la qualité un de ses grands domaines thématiques. Il produit régulièrement des études où les résultats des patients sont analysés et des stratégies d'amélioration, recommandées. Il collabore ensuite avec les prestataires de soins de santé et les regroupements de patients à l'application de ces stratégies d'amélioration de la santé. www.hqc.sk.ca
- En Alberta, le Health Quality Council s'est attaché dans son travail aux questions de qualité et de sécurité des patients. Il a créé pour cette province une « matrice de qualité des services de santé » qui a été adoptée par les gouvernements, les milieux prestataires de soins de santé, les organismes de réglementation et les régies régionales de la santé. Il a formé l'« Alberta Medication Safety Collaborative » pour améliorer la consommation pharmaceutique dans les hôpitaux albertains. Il est en train de dresser un cadre provincial de divulgation pour la communication aux patients des effets indésirables de médication. De plus, il s'enquiert régulièrement auprès de la population de ses expériences du système de santé en Alberta. www.hqca.ca
- Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé, qui a récemment vu le jour, produira chaque année des rapports à la population dans un triple but : encourager et promouvoir la mise en place d'un système de santé intégré et centré sur le consommateur de soins, observer le rendement du système de santé de l'Ontario et aider le public à mieux comprendre ce système et à mieux en tirer parti en le rendant plus transparent et « redditionnel ». www.health.gov.on.ca
- Au Québec, le nouveau commissariat à la santé et au bien-être jugera de l'efficacité du réseau de services socio-sanitaires de cette province, conviera le public à un débat sur les moyens d'améliorer le système et conseillera le gouvernement sur les changements à apporter. Il travaillera avec un conseil formé de 27 experts et représentants régionaux. www.csbe.gouv.qc.ca/site/accueil.phtml



Où sont les obstacles?

- Les conseils de la qualité ont du succès dans le mouvement de renouvellement des soins, mais de tels organismes (ou les centres de recherche chargés de faire un travail semblable) ne sont pas encore disponibles dans chaque secteur de compétence ou région.

Que faut-il faire?

- 1 Étendre le réseau de conseils de la qualité et d'instituts semblables de recherche sur les résultats de santé. Les secteurs de compétence qui n'ont pas accès pour l'instant à des organismes de recherche sur la qualité et les résultats devraient créer un conseil de la qualité ou collaborer régionalement pour des échanges de telles ressources spécialisées.

INDICATEURS DE SANTÉ ET RAPPORTS PUBLICS

Qu'ont promis les gouvernements?

Depuis six ans, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont conclu quatre accords où ils s'engagent à rendre publiquement compte du rendement des programmes sociaux.

Dans l'Entente-cadre sur l'union sociale (ECUS) de 1999, ils se sont aussi engagés à surveiller et à déclarer les résultats des programmes sociaux des Canadiens, mais cet accord ne vise que les nouveaux programmes et a pour effet d'exclure les rapports publics sur les programmes de soins qui existent.

À leur réunion de l'an 2000, les premiers ministres se sont imposé de produire des rapports précis sur ces programmes. Les gouvernements se sont entendus pour déposer un rapport public avec des données comparables sur la santé des Canadiens et le système de santé des divers secteurs de compétence. Chaque gouvernement a accepté de publier un premier rapport en 2002, puis des rapports de même nature tous les deux ans. Les premiers ministres ont réaffirmé l'engagement pris de produire des rapports publics sur des indicateurs de santé comparables dans leur Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé et dans leur Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé.

Où en sommes-nous maintenant?

Le premier jeu de rapports sur des indicateurs de santé comparables a été diffusé en novembre 2002 et un deuxième l'a été en novembre 2004. On peut consulter ces derniers rapports au site Web de l'Institut canadien d'information sur la santé à www.cihi-icis.ca ou aux sites Web respectifs des gouvernements.

C'est là le fruit d'impressionnants efforts de collaboration. Ce n'est pas une mince tâche pour tous les secteurs de compétence d'en venir à accepter et à communiquer des mesures normalisées de comparaison de la santé de leur population et du rendement de leur système de santé. Mais reprenons notre message de l'an dernier : ces efforts ont-ils livré une information pouvant permettre aux Canadiens de jauger les progrès dans le mouvement de renouveau des soins? Nous ne le croyons pas. Les rapports sont difficiles à repérer aux sites Web des gouvernements et leur comparaison est tout aussi ardue; ils font parfois appel à de l'information désuète, et on n'y trouve pas assez de données financières sur les fonds octroyés dans le cadre des accords sur le renouvellement des soins de santé.

Où sont les obstacles?

- Les rapports actuels sur des indicateurs de santé comparables ne sont pas un bon instrument de reddition de comptes aux Canadiens, car ils sont difficiles à trouver et à lire et ne sont pas clairement rattachés aux objectifs déclarés du mouvement de renouveau des soins.
- Il ne sont pas non plus utiles aux prestataires de soins de santé et aux gestionnaires de soins comme instruments d'amélioration de la qualité, puisque leurs données ne sont pas toujours à jour ni expressément conçues pour l'évaluation des progrès.
- À moins de faire des mesures des résultats de santé un élément premier de cette déclaration publique, il sera difficile de vérifier si, en multipliant les investissements publics, on améliore en réalité la santé de la population dans l'ensemble.

Que faut-il faire?

1 Rattacher les stratégies de déclaration aux objectifs de soins. Les gouvernements et les centres d'information devraient créer une stratégie de collecte de données pour soutenir la déclaration publique prévue par les accords des premiers ministres. Il faudra peut-être mieux relier les nouvelles données aux objectifs déclarés du mouvement de renouveau des soins, orientation adoptée par le Royaume-Uni³³.

2 Améliorer le cadre actuel d'indicateurs de santé comparables. Il s'agirait notamment :

- de réduire le nombre d'indicateurs et de produire des données plus à jour;
- de dresser un seul rapport comparatif annuel où la présentation de données nationales, provinciales et territoriales est uniforme;
- d'inclure des données financières dans le rapport annuel pour les secteurs jugés prioritaires de renouvellement des soins;
- de définir les principaux résultats en santé de la population en vue d'une déclaration régulière;
- de définir en santé de la population d'autres grands résultats qui varient selon les groupes ou les régions du pays.

TRANSFERTS FÉDÉRAUX AUX PROVINCES ET AUX TERRITOIRES

Qu'ont promis les gouvernements?

Dans les accords de 2003 et 2004, le gouvernement fédéral a engagé beaucoup d'argent frais et les provinces et les territoires ont accepté de rendre compte de leur façon de dépenser ces fonds.

Dans leur accord de 2003, les premiers ministres ont accepté :

- de produire un rapport public annuel à leurs citoyens sur les soins primaires, les soins à domicile et la protection contre les coûts exorbitants de médicaments, et ce, à partir de 2004 et dans le cadre des objectifs visés par le Fonds de réforme de la santé;
- de se servir d'indicateurs comparables et de mettre en place l'infrastructure de données nécessaire à la production de ces rapports (par une telle déclaration, on renseignera les Canadiens sur les progrès accomplis et les principaux résultats obtenus, ainsi que sur l'état actuel des programmes et des dépenses, autant de points de repère pour suivre les nouveaux investissements et les niveaux et les résultats des services);
- de déclarer annuellement à leurs citoyens à compter de 2004 l'amélioration du matériel et des services diagnostiques et médicaux dans le cadre du Fonds pour l'équipement diagnostique et médical;
- de reconnaître que les Canadiens ont droit à une information comparable améliorée et plus complète sur les délais et la qualité de la prestation des services de santé (à cette fin, les premiers ministres conviennent que chaque secteur de compétence rendra compte annuellement à sa population de la destination de toutes ses dépenses en soins).

Le Plan décennal de 2004 renferme les mentions suivantes en ce qui concerne la déclaration financière :

- tous les gouvernements consentent à rendre compte à leurs citoyens du rendement du système de santé, ce qui comprend les éléments du Plan décennal;
- dans toutes les mesures de financement, il est exigé que les secteurs de compétence se conforment aux règles de déclaration du Plan décennal.



Où en sommes-nous maintenant?

Dans cette section, nous donnons un aperçu des flux de dépenses en santé au Canada, décrivons les fonds réservés que prévoient les récentes ententes gouvernementales et évoquons l'état de la déclaration publique de ces investissements.

En 2005, les Canadiens ont dépensé une somme estimative de 142 milliards de dollars en soins. Nous payons les services en question de trois façons, c'est-à-dire par les fonds publics (sources provinciales-territoriales, fédérales et municipales), de nos propres deniers et par les régimes d'assurance privés et autres sources semblables dans des proportions respectives de 70 %, 15 % et 15 % encore.

Si on regarde l'histoire des dépenses de santé au Canada, trois choses deviennent claires :

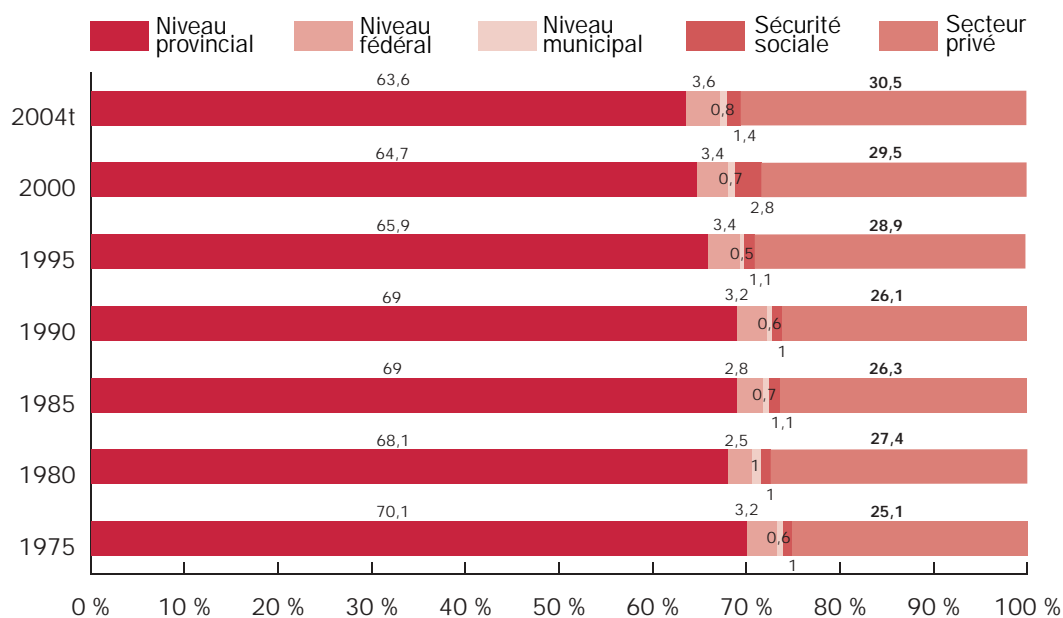
- La somme que dépense chaque personne en soins a considérablement augmenté au fil des ans dans tous les secteurs de compétence au Canada. Il y a 20 ans, la moyenne canadienne par personne s'établissait à 1 559 \$, mais on estime que, en 2004-2005, on aura dépensé 2 356 \$ en dollars constants de 1997 (tableau 10).
- Avec le temps, la part du secteur privé dans l'ensemble des dépenses de la santé a monté de 25 % en 1975 à une valeur estimative de 30,5 % en 2004 (graphique 2).
- Dans la plupart des secteurs de compétence, les dépenses en santé priment nettement les autres investissements en politique publique.

Tableau 10. Dépenses gouvernementales totales en santé par habitant, Canada (\$ de 1997)

1980-1981	1 339 \$
1985-1986	1 559 \$
1990-1991	1 763 \$
1995-1996	1 693 \$
2000-2001	1 962 \$
2004-2005	2 356 \$



Graphique 2. Dépenses par habitant selon les sources et en proportion des dépenses totales en santé, Canada, 1975-2004t*



*Pour 2004, il s'agit de prévisions, et non pas de données réelles. Source : ICIS.

Comment les fonds circulent-ils?

Les provinces et les territoires ont le principal rôle à jouer dans la prestation des soins, mais le gouvernement fédéral contribue à cette prestation provinciale-territoriale par un ensemble de transferts et de fonds de programmes. Il assume aussi directement la responsabilité des services destinés aux peuples autochtones, aux Forces armées canadiennes, à la GRC, aux anciens combattants et aux détenus des pénitenciers fédéraux.

La nature et l'importance de la contribution qu'apporte le palier fédéral à la prestation provinciale-territoriale des soins ont provoqué depuis 10 ans une montée des tensions entre les provinces et territoires et le gouvernement fédéral. Il y a eu des revendications de part et d'autre et chaque camp reproche à l'autre son manque de ressources. Pendant ce temps, la population canadienne tente de comprendre combien de fonds sont fournis et ne sort de l'exercice que plus confuse.

Les transferts en santé du gouvernement fédéral vont aux provinces et aux territoires par les trois voies que représentent les transferts généraux pour les dépenses de la santé, les fonds réservés à la réalisation d'objectifs particuliers de soins et les fonds de programmes spéciaux.



Dans l'Accord de 2003, le gouvernement fédéral a engagé de l'argent frais sur cinq ans pour un total de 36 milliards de dollars et, en 2004, il a ajouté à ce financement 41 milliards à dépenser sur 10 ans. Ces ententes acheminent les fonds par quatre types de transferts fédéraux en matière de santé que nous allons décrire. Le tableau 11 indique la valeur du financement accordé aux diverses provinces et territoires.



1) *Transfert canadien en matière de santé (TCS)*. C'est là un transfert annuel pour les dépenses générales de la santé. Il n'y a pas que des espèces qui sont directement versées, puisque le gouvernement fédéral accorde aussi une « marge fiscale » qui permet aux provinces et aux territoires d'imposer directement leurs citoyens au lieu de l'imposition fédérale. Auparavant, ce transfert visait à la fois la santé et les programmes sociaux, mais l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé a détaché le volet « santé » le 1^{er} avril 2004 pour mieux faire voir cette composante du transfert.



Le Transfert canadien en matière de santé va immédiatement dans le trésor des provinces et des territoires et sa répartition se fait selon les priorités des secteurs de compétence. Pour le recevoir, les provinces et les territoires doivent respecter les conditions énoncées par la *Loi canadienne sur la santé* et, en cas de non-respect, des sommes sont déduites de la contribution fédérale. Chaque année, le gouvernement canadien dépose au Parlement un rapport qui expose les nouveaux éléments d'évolution des régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires et tout cas de dérogation à la *Loi canadienne sur la santé*, mais

il ne précise pas comment le Transfert canadien en matière de santé est réparti dans chaque secteur de compétence. Ainsi, il n'y a pas d'exigences formelles de déclaration à l'égard des provinces et des territoires pour qu'ils décrivent comment ils dépensent leur partie de ce transfert, bien que la plupart reconnaissent la contribution générale du palier fédéral dans leurs documents budgétaires et leurs énoncés de politique. Il est impossible en réalité de suivre directement ces fonds, ce qui a fait recommander de rendre plus transparent tout ce qui est transfert de fonds³⁴.

2) *Fonds de réforme de la santé.* Dans l'Accord de 2003, on a créé ce transfert de 16 milliards (partie de l'engagement total de 36 milliards) dans un financement quinquennal du mouvement de renouveau en soins primaires, en « couverture du prix catastrophique des médicaments » et en soins à domicile. Ce financement est là pour la réalisation d'objectifs précis qu'énonce l'Accord de 2003 comme l'objectif qui consiste à ménager un accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 aux professionnels de la santé de première ligne. Les gouvernements devaient juger eux-mêmes des meilleurs moyens d'atteindre ces objectifs et, à partir de 2004, devaient produire annuellement des rapports publics sur ces priorités à l'aide d'indicateurs comparables afin de faire connaître aux Canadiens les progrès accomplis et les grands résultats obtenus.

3) *Fonds pour l'équipement diagnostique et médical.* Il s'agit d'un fonds créé en l'an 2000 et doté de 1 milliard sur deux ans en vue du soutien de la formation du personnel et de l'achat d'appareils spécialisés. L'Accord de 2003 prévoyait 1,5 milliard de plus sur trois ans à répartir entre les secteurs de compétence par une fiducie de tiers. Ainsi, les provinces et les territoires peuvent faire des prélèvements sur les fonds assignés selon leurs besoins. Les gouvernements ont l'obligation de rendre compte chaque année à leur population de l'amélioration de leur matériel diagnostique et médical.

4) *Fonds pour la réduction des temps d'attente.* Il s'agit d'un transfert créé par l'Accord de 2004 qui met 5,5 milliards sur 10 ans au service d'initiatives provinciales et territoriales de réduction des temps d'attente. Il s'agit aussi d'une fiducie de tiers où les provinces et territoires peuvent prélever des fonds jusqu'en 2008-2009, après quoi le tout devient un transfert annuel qui prend fin en 2013-2014. Pour ce fonds, il n'y a pas d'exigences précises de déclaration, mais le Parlement a le devoir devant la loi d'examiner au 31 mars 2008 les progrès généraux du pays dans l'application du Plan décennal de 2004 et de reprendre cet examen trois ans après.

Tableau 11. Certains transferts fédéraux aux provinces et territoires dans le domaine de la santé

	Transfert canadien en matière de santé (millions de \$)		Fonds de réforme de la santé (millions de \$)		Fonds pour l'équipement diagnostique et médical (millions de \$)		Fonds pour la réduction des temps d'attente (millions de \$)		TOTAL (millions de \$)		population (milliers)
	2004-2005	2005-2006	2004-2005	2005-2006	2004-2005	2005-2006	2004-2005	2005-2006	2004-2005	2005-2006	2005
B.-C.	2 119	2 785	197	460	67	–	82	82	2 465	3 327	4 255
Alb.	1 369	1 873	150	352	50	–	63	63	1 632	2 288	3 257
Sask.	503	693	47	108	16	–	19	19	585	820	994
Man.	591	774	55	128	18	–	23	23	687	925	1 178
Ont.	5 644	7 587	582	1 360	194	–	242	243	6 661	9 190	12 541
QC	3 808	4 987	354	825	117	–	148	147	4 428	5 959	7 598
N.-B.	380	494	35	82	12	–	15	15	442	591	752
N.-S.	474	617	44	102	15	–	18	18	551	737	938
Î.-P.-É.	70	91	7	15	2	–	3	3	82	109	138
T.-N.-L.	262	340	24	56	8	–	10	10	305	406	516
Nun.	17	22	2	3	1	–	1	1	20	26	30
T.N.-Ô.	16	23	2	5	1	–	1	1	20	29	43
Yk.	17	22	2	4	1	–	1	1	20	27	31
TOTAL	15 270	20 308	1 500	3 500	500	0	626	626	17 896	24 434	32 271
TOTAL ANNUEL EN 2013-2014			30 283		0		250		30 533		
TOTAL SUR 10 ANS (2004-2014)			233 484		500		5 500		239 484		

Qui a déclaré quoi?

Les secteurs de compétence ont rendu compte de diverses manières de la contribution financière apportée par le palier fédéral à leurs activités de renouvellement. Tous y vont, dans les documents et les budgets de leur ministère de la Santé, d'une déclaration générale où ils reconnaissent l'apport du gouvernement canadien. Certains ont produit des rapports distincts sur leur façon de dépenser leur part du Fonds de réforme de la santé (Colombie-Britannique et Saskatchewan) et du Fonds pour l'équipement diagnostic et médical (Colombie-Britannique, Saskatchewan, Ontario et Nouvelle-Écosse), mais non dans tous les exercices où il y a eu déclaration. Quant au Québec, il a rendu public un rapport sur les progrès de l'application de son entente bilatérale à l'occasion de la réunion des premiers ministres de septembre 2004, mais sans pour autant offrir de données financières. Le tableau 12 indique qui a déclaré quoi.

Le gouvernement fédéral livre ses estimations et prévisions d'affectations de crédits pour chaque secteur de compétence au site Web du ministère des Finances à l'adresse www.fin.gc.ca. Il n'y a pas de rapports fédéraux séparés au sujet des populations dont le palier fédéral assume directement la responsabilité.

Il est possible que les secteurs de compétence jugent que, par les efforts fédéraux-provinciaux-territoriaux actuels en vue de produire des indicateurs généraux comparables de la santé, ils se trouvent à répondre aux exigences de déclaration énoncées dans les accords de 2003 et 2004. À notre avis, tel n'est pas le cas. Ces rapports ne précisent pas ce que sont les transferts fédéraux, ils ne paraissent pas tous les ans et ils ne prennent pas directement la mesure des progrès accomplis par rapport aux objectifs fixés. Le gros de la déclaration des indicateurs de la santé se ramène à une avalanche de chiffres sans que ceux-ci soient expliqués ni interprétés outre mesure.

L'information sur la façon dont les transferts fédéraux sont utilisés par les provinces et les territoires n'est pas des plus accessibles et, quelquefois, elle est proprement indisponible. Les fonds ciblés ou spéciaux sont plus faciles à reconnaître que le transfert général du Canada en matière de santé, mais la plupart des secteurs de compétence ne tiennent pas l'engagement pris de produire des rapports publics annuels. À notre avis, ce n'est pas là un système qui permet de rendre suffisamment compte de ce qui est fait des milliards de dollars des contribuables. Ceux-ci ont droit à une plus grande transparence.



Tableau 12. Rapports financiers sur les transferts fédéraux dans le cadre de l'Accord de 2003 et du Plan décennal de 2004

Secteur de compétence	Rapports distincts sur les transferts
Canada	Le ministère des Finances rend compte des crédits annuels
Colombie-Britannique	Fonds de réforme de la santé, 2003-2004 Fonds pour l'équipement diagnostique et médical, 2003-2004
Alberta	Aucun rapport distinct
Saskatchewan	Fonds de réforme de la santé, 2003-2004 Fonds de réforme de la santé, 2004-2005 Fonds pour l'équipement diagnostique et médical, 2003-2004 Fonds pour l'équipement diagnostique et médical, 2004-2005
Manitoba	Aucun rapport distinct
Ontario	Fonds pour l'équipement diagnostique et médical, 2003-2004 Fonds pour l'équipement diagnostique et médical, 2004-2005 Fonds pour l'équipement diagnostique et médical, 2005-2006
Québec	Rapport distinct sur les réformes de la politique publique pour tous les aspects de l'Accord de 2004; aucune information financière
Nouveau-Brunswick	Aucun rapport distinct
Nouvelle-Écosse	Fonds pour l'équipement diagnostique et médical, 2004-2005
Île-du-Prince-Édouard	Aucun rapport distinct
Terre-Neuve-et-Labrador	Aucun rapport distinct
Nunavut	Aucun rapport distinct
Territoires du Nord-Ouest	Aucun rapport distinct
Yukon	Aucun rapport distinct

Où sont les obstacles?

- Il est impossible d'observer comment vont les crédits fédéraux aux dépenses des provinces et des territoires, car ce que déclarent actuellement les gouvernements est irrégulier, incomplet et difficile à comprendre. Les Canadiens devraient pouvoir clairement voir comment les fonds sont dépensés et si ceux-ci aident à atteindre les objectifs nationaux de renouvellement des soins de santé.

Que faut-il faire?

- 1 Accroître la transparence en ce qui concerne la circulation des fonds. Les provinces et les territoires devraient rendre compte chaque année en toute clarté et uniformité de la façon dont ils dépensent leur part des transferts fédéraux dans le domaine de la santé.



TROISIÈME VOIE



TROISIÈME VOIE

Amélioration de la santé de la population

À l'aune internationale, la population canadienne est relativement en santé. Son espérance de vie est une des plus grandes au monde, soit 77 ans pour les hommes et 82 pour les femmes. Nos taux de mortalité infantile sont en décroissance depuis 20 ans, étant tombés de 11 à 5 pour 1 000 naissances. Ajoutons que, dans une proportion de 60 %, les Canadiens jugent que leur santé est excellente ou très bonne.

Où sont donc nos sujets d'inquiétude? Le Canada a une lourde charge de morbidité chronique et les inégalités de santé s'accroissent entre les groupes qui composent la société canadienne. Les grands facteurs de disparité au pays sont le revenu, l'appartenance autochtone, le sexe et les handicaps³⁵.

Le Conseil recommande trois volets d'une stratégie d'amélioration de la santé de la population :

- meilleure **prise en charge de la morbidité chronique** avec des stratégies directement liées aux équipes de soins primaires;
- **investissements largement accrus dans les stratégies de vie saine**;
- dynamisme et **collaboration dans la lutte aux inégalités de santé** avec un accent sur l'amélioration de la santé et du bien-être des enfants et des Autochtones.

Qu'entendons-nous par inégalités de santé?

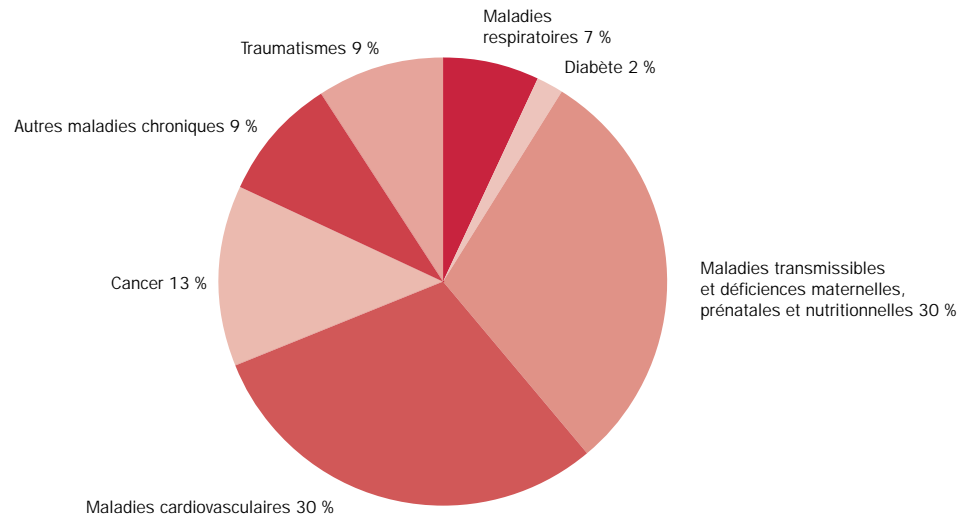
Il s'agit des différences d'état de santé entre les groupes au sein de la population.

MORBIDITÉ CHRONIQUE

L'Organisation mondiale de la santé estime que 60 % de tous les décès dans le monde sont causés par la morbidité chronique. Il y a 58 millions de gens qui auront trouvé la mort en 2005, dont 35 millions à cause d'affections chroniques, le plus souvent du fait de maladies transmissibles, d'affections cardiovasculaires ou du cancer (graphique 3)³⁶. Sauf pour les maladies transmissibles, les tendances observées au Canada sont à peu près les mêmes (graphique 4).

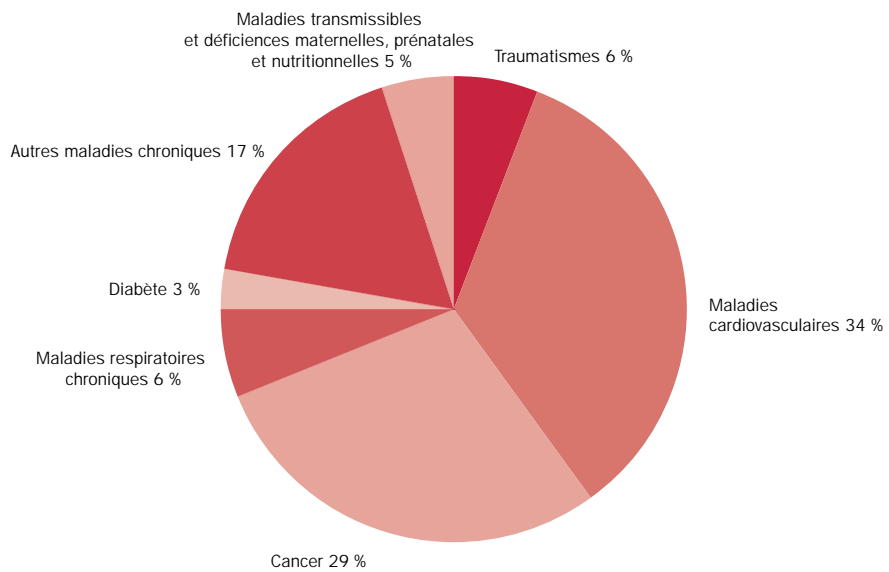


Graphique 3. Principales causes de décès dans le monde, 2005



Source : Organisation mondiale de la santé.

Graphique 4. Principales causes de décès au Canada, 2005



Source : Organisation mondiale de la santé.

La charge de cette morbidité chronique est imposée non seulement aux personnes et aux familles; il faut aussi dire qu'elle se traduit pour l'économie canadienne par une facture annuelle estimée à 80 milliards de dollars par la maladie et l'invalidité³⁷.

Si on sait bien investir, il est possible d'alléger nettement cette facture. Nous pouvons améliorer la qualité de vie de bien des gens et réaffecter l'argent des contribuables si nous nous attaquons à la morbidité chronique de deux façons, d'abord par la prévention de la maladie et ensuite par une meilleure prise en charge des maladies chroniques une fois qu'elles sont établies. On aura toujours besoin de traiter la maladie au Canada – aucun programme ne pourra chasser toute la morbidité chronique –, mais comme pays, nous avons failli à la tâche de réviser les priorités de nos dépenses pour faire ce que nous reconnaissons depuis longtemps comme pouvant réellement avoir une incidence.

Les deux tiers des Canadiens peuvent changer au moins un aspect de leur vie – qu'il s'agisse du tabagisme, du manque d'exercice, des habitudes alimentaires peu saines ou de l'obésité – pour risquer moins d'être victimes de maladies chroniques comme le diabète, le cancer ou les maladies cardiorespiratoires. Il reste que nos investissements dans les traitements éclipsent bel et bien les fonds affectés à des programmes d'éducation sanitaire et de promotion de la santé qui pourraient prévenir ces maladies ou en diminuer la gravité. Dans un récent rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), on calcule que le Canada affecte seulement 8 % de toutes ses dépenses en santé à tout ce qui est hygiène publique et prévention³⁸.

Pour aider les gens à acquérir des modes de vie plus sains, il nous faut aussi investir dans des stratégies qui se situent en dehors du système de santé. Ainsi, des politiques publiques qui dictent où les gens peuvent fumer et disent ce qui est imposé par le fisc contribuent à prévenir les maladies chroniques, tout comme les politiques qui aident à créer un milieu sain dans les écoles, les lieux de travail et les collectivités (avec des possibilités de loisirs et une réduction de la pollution atmosphérique).

Les bons programmes de prise en charge des maladies chroniques ont fait la preuve de leur capacité d'améliorer les soins aux patients et la qualité des services, tout en diminuant les coûts du système de santé. Voici des éléments d'une bonne prise en charge :

- reconnaître les victimes de la morbidité chronique;
- avoir accès à des données sur les personnes et les populations grâce à des systèmes d'information de grande qualité;
- répartir les patients selon les risques;
- associer les patients à leurs propres soins;
- recourir à des gestionnaires de cas pour la coordination des soins;
- faire appel à des équipes interprofessionnelles;
- assurer l'intégration des compétences générales et spécialisées;
- réduire au minimum les consultations et les hospitalisations inutiles;
- donner les soins dans le milieu qui est le moins intensif.

Le gros de la charge de morbidité chronique au Canada n'a pas à être, facteur qui devrait rendre encore plus pressante notre tâche de renouveler les soins primaires et les systèmes de gestion de l'information pour des soins de qualité. La recherche démontre que les patients souffrant de maladies chroniques s'en tirent mieux lorsqu'ils sont pris en charge par des équipes de soins primaires plutôt que par des prestataires de soins de santé à titre individuel³⁹. Les systèmes électroniques où sont intégrés les dossiers de santé et les protocoles de soins « par données probantes » peuvent fournir à des équipes les outils dont elles ont besoin pour gérer les cas de morbidité complexe.

Si nous ne renouvelons pas les soins primaires, une prise en charge efficace des maladies chroniques est impossible. Ce n'est pas là uniquement une question de soins primaires. En améliorant les soins et les services destinés aux victimes de cette morbidité, on fait du bien à tout le système de santé, puisqu'on peut alléger les pressions qui s'exercent sur les salles d'urgence, réduire les listes d'attente et contribuer à une utilisation optimale des effectifs de la santé.

Dans quelle mesure adoptons-nous actuellement au Canada les meilleures pratiques de prise en charge des maladies chroniques? On observe de premiers efforts, mais il faudra faire beaucoup plus. La Colombie-Britannique a investi dans des activités provinciales de prise en charge des maladies chroniques et obtenu des résultats remarquables (www.healthservices.gov.bc.ca/cdm). En une année, la proportion de patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive ayant des objectifs écrits d'autogestion de la maladie a monté en flèche, passant de 4,6 % à 57,1 %; la proportion de patients qui s'étaient vu utilement prescrire des bêta-bloquants a monté, elle, de 17,8 % à 89 %⁴⁰.

En Saskatchewan, le Health Quality Council a créé un « Chronic Disease Management Collaborative » en s'inspirant de méthodes introduites au US Institute for Healthcare Improvement. Ses premières priorités sont les maladies coronariennes, le diabète, l'asthme et l'amélioration des médicaments prescrits aux personnes âgées en soins de longue durée (www.hqc.sk.ca). La région sanitaire de Calgary a lancé une initiative de prise en charge des maladies chroniques en menant une solide campagne d'éducation et d'information du public (www.calgaryhealthregion.ca).

Où sont les obstacles?

Dans la stratégie canadienne de lutte à la morbidité chronique, on n'a pas mis nettement l'accent sur la prévention et la prise en charge efficace. Les 300 millions de dollars affectés à la Stratégie nationale en matière de modes de vie sains pour les cinq prochaines années ne sont rien à comparer aux 79 milliards affectés sur 10 ans à tous les aspects de la réforme de la santé.

Pour améliorer la santé, nous devons agir en sachant ce qui suit :

- la prévention des maladies chroniques est hautement complexe et une foule de stratégies efficaces dans ce domaine échappent largement au secteur de la santé;
- cette prévention portera fruit dans l'avenir, mais les investissements doivent se faire dès à présent;
- on peut parvenir à une meilleure prise en charge des maladies chroniques en appliquant ce qui, le savons-nous déjà, assure de meilleurs résultats aux patients : systèmes intégrés de prestation de soins, protocoles reposant sur des données probantes, gestion de l'information qui soutient ces systèmes et ces protocoles;
- l'amélioration de la prise en charge de la morbidité chronique peut amener des gains dans l'immédiat par une amélioration de la santé et de la qualité de vie et aussi procurer des avantages financiers à plus long terme.



Que faut-il faire?

- 1 *Accroître les investissements dans les activités de prévention des maladies chroniques : promotion de campagnes antitabagisme, de la saine alimentation et de l'exercice régulier; adoption de politiques publiques qui aident à créer des milieux sains.*
- 2 *Accélérer le renouveau des soins primaires. Il faut que des équipes interprofessionnelles soient rapidement mises en place pour la meilleure prise en charge possible de la morbidité chronique.*
- 3 *Hâter l'implantation de systèmes de gestion de l'information, qui donneront aux prestataires de soins de santé l'accès nécessaire à l'information intégrée sur la santé et aux « protocoles par données probantes » pour la prise en charge des victimes des maladies chroniques.*

STRATÉGIE EN MATIÈRE DE MODES DE VIE SAINS

Qu'ont promis les gouvernements?

Un moyen de prévenir et de prendre en charge les maladies chroniques est d'adopter des politiques publiques qui favorisent les modes de vie sains. C'est pourquoi les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé se sont entendus, à leur réunion annuelle de septembre 2002, pour élaborer une stratégie globale à long terme visant à faire prendre aux Canadiens des habitudes de vie saines propres à réduire la charge de morbidité. Les premières priorités ont été la saine alimentation et l'activité physique dans leurs liens avec ce qu'on appelle le poids santé. En septembre 2003, les ministres de la Santé se sont également entendus pour :

- créer un Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains;
- examiner les possibilités de création d'un fonds intersectoriel;
- étudier une stratégie de communications ou d'information sur la santé;
- engager de nouvelles discussions avec les collectivités autochtones.

En 2004, les premiers ministres ont accepté d'accélérer les travaux consacrés à une stratégie pancanadienne de santé publique, fixer des objectifs et des cibles pour l'amélioration de l'état de santé de la population et soutenir une stratégie nationale d'immunisation.

Où en sommes-nous maintenant?

Stratégie en matière de modes de vie sains

Dans le budget fédéral de 2005, on a annoncé que 300 millions étaient réservés sur cinq ans à l'établissement d'une Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques. Il y aura des activités dans six secteurs :

- création de capacités et de programmes communautaires;
- création, échange et diffusion de connaissances;
- surveillance des modes de vie sains et des maladies chroniques et observation d'indicateurs dans ce domaine;
- information publique, promotion sociale et éducation populaire;
- leadership, coordination et élaboration de politiques;
- évaluation et contrôle.



La Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques a été rendue publique en novembre 2005. Elle énonce des objectifs bien précis d'amélioration de la santé des Canadiens. Pour 2015, elle propose d'accroître de 20 % la proportion de Canadiens :

- qui font des choix d'alimentation saine (on passe de 39 % à 46,8 %);
- qui font régulièrement de l'exercice, soit 30 minutes par jour d'une activité qui varie de modérée à vigoureuse (on passe de 50,4 % à 60,5 %);
- qui ont un poids normal, soit un indice de masse corporelle de 18,5 à 24,9 (on passe de 46,7 % à 56 %).

Objectifs de santé pour le Canada

À la suite de consultations publiques menées par la ministre d'État à la Santé publique Carolyn Bennett au palier fédéral et par la ministre responsable de la Vie saine Theresa Oswald au Manitoba, l'Agence de santé publique du Canada a récemment rendu public un rapport sous le titre *Objectifs de santé pour le Canada : Engagement fédéral-provincial-territorial envers tous les Canadiens*. Ce bref document, qui peut être consulté à l'adresse www.canadiensensante.ca, présente un ensemble d'énoncés d'objectifs généraux en ce qui concerne les besoins psychosociaux, l'appartenance et l'engagement, la vie saine et le système de santé. Il décrit les objectifs qu'il expose comme étant les bornes d'un chemin menant à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des Canadiens, plutôt qu'une carte détaillée qui indique exactement comment parvenir à cette destination.

La création d'objectifs communs en santé publique représente une importante collaboration des gouvernements, bien que chaque secteur de compétence ait à se fixer des objectifs plus précis en fonction de ses propres priorités. Le maintien de la collaboration pour l'établissement d'un ensemble de résultats mesurables aiderait les Canadiens à voir comment ces objectifs se traduiront par une évolution de la politique publique et, à terme, par une amélioration de la santé publique. Si on ne se donne pas d'objectifs précis, il sera impossible de mesurer les progrès dans la réalisation de tels objectifs.

Stratégie nationale d'immunisation

La Stratégie nationale d'immunisation (SNI) incarne une collaboration fédérale-provinciale-territoriale en vue d'une meilleure immunisation au Canada. La Conférence des sous-ministres de la santé l'a entérinée en 2003 et le gouvernement du Canada a engagé 45 millions de dollars sur cinq ans pour sa mise en application. En 2004, le gouvernement fédéral a aussi directement affecté 300 millions aux provinces et aux territoires sur trois ans pour l'introduction de nouveaux vaccins et de vaccins recommandés pour l'enfance et l'adolescence. La SNI aidera également les gouvernements à se regrouper pour des achats de vaccins plus efficaces et pour la planification et la gestion concertées des stocks de vaccins dans l'intérêt de la santé publique.

Après l'annonce de financement de 2004, un certain nombre de provinces et de territoires ont lancé de nouveaux programmes publics d'acquisition et de promotion de vaccins conjugués contre les pneumocoques et les méningocoques, le vaccin de la varicelle et un nouveau vaccin de la coqueluche pour les adolescents (tableau 13). Ces fonds ont largement aidé à harmoniser les mesures d'immunisation à l'échelle du pays pour que les parents aient un libre accès aux mêmes vaccins – dont certains coûtent très cher – sans égard à leur lieu de résidence.

Tableau 13. Tableau de mise à disposition de certains vaccins en financement public selon les secteurs de compétence, 2005

Secteur	Tétanos, diphtérie et coqueluche	Varicelle	Méningite	Pneumonie et méningite
Colombie-Britannique	9 ^e année	12 mois	2, 12 mois	2, 4, 6, 18 mois
Alberta	9 ^e année	12 mois	2, 4, 6 mois	2, 4, 6, 18 mois
Saskatchewan	8 ^e année	18 mois	12 mois	2, 4, 6, 18 mois
Manitoba	9 ^e année	12 mois	Élèves à haut risque, 4 ^e année	2, 4, 6, 18 mois
Ontario	14-16 ans	15 mois	12 mois	2, 4, 6, 15 mois
Québec	10 ^e année	s.o.	12 mois	2, 4, 12 mois
Nouveau-Brunswick	9 ^e année	12 mois ou 4 ans	12 mois ou 9 ^e année	2, 4, 6, 18 mois
Nouvelle-Écosse	10 ^e année	12 mois	12 mois	2, 4, 6, 18 mois
Île-du-Prince-Édouard	9 ^e année	12 mois	12 mois	2, 4, 6, 18 mois
Terre-Neuve-et-Labrador	9 ^e année	12 mois	12 mois	2, 4, 6, 18 mois
Nunavut	9 ^e année	12 mois		2, 4, 6, 15 mois
Territoires du Nord-Ouest	9 ^e année	12 mois	2, 4 mois	2, 4, 6, 18 mois (à partir de 2006)
Yukon	9 ^e année	Haut risque	2, 6 mois	2, 4, 6, 12 mois

Où sont les obstacles?

- L'élaboration d'objectifs de santé pour le Canada constitue un premier pas dans la collaboration qui s'instaure entre les gouvernements, mais faute de résultats mesurables liés à ces objectifs, nous ne pourrions pas déterminer si des progrès se font.
- Les dépenses publiques pour la vie saine ne représentent qu'une très faible partie de ce que nous consacrons comme argent au traitement de maladies et de traumatismes évitables.

Que faut-il faire?

- 1 Collaborer à la mesure des progrès appréciables qui se font dans la réalisation des objectifs de santé publique pour le Canada. Les gouvernements devraient s'appuyer sur leurs rapports de collaboration et de consultation pour se doter d'un ensemble d'objectifs communs d'amélioration de la santé et du bien-être de la population dans certains secteurs : développement de la petite enfance, sécurité et hygiène du milieu, qualité de la vie au travail, etc.
- 2 Infléchir considérablement les priorités de financement et les activités stratégiques pour favoriser les progrès dans la voie de la vie saine. On a besoin d'efforts très élargis, soutenus et concertés pour aligner les activités de prévention de la maladie et de promotion de la santé sur les dépenses en soins. Les stratégies de vie saine devraient être mieux intégrées aux aspects actuels ou nouveaux du système de santé (ainsi, les activités de prévention devraient tenir une place primordiale dans le mouvement de renouveau des soins primaires).

INÉGALITÉS DE SANTÉ

Le plus grand problème qui se pose au Canada en matière de santé est celui des inégalités. L'amélioration générale de notre état de santé nous dissimule la triste réalité d'une montée des inégalités de santé entre les classes sociales au Canada comme dans la plupart des pays très avancés. Dans notre pays⁴¹,

- l'espérance de vie en santé diminue de trois ou quatre ans dans les milieux défavorisés par rapport aux milieux favorisés;
- le taux de mortalité infantile double presque dans les milieux défavorisés par rapport aux milieux favorisés;
- les enfants nés dans les milieux défavorisés ont un poids moyen à la naissance qui est d'un quart de livre inférieur à celui des enfants nés dans les milieux favorisés;
- la population à faible revenu présente des taux supérieurs de tabagisme et des taux inférieurs d'activité physique.

Les inégalités prennent toutes sortes de formes : le revenu est un facteur primordial, mais il y en a d'autres. Dans notre société, la faiblesse du revenu est souvent synonyme de dévalorisation. La marginalisation est un phénomène complexe et ses conséquences varient selon les gens, mais on constate en gros que moins vous avez de ressources, plus vous risquez d'être en mauvaise santé, ce qui nuit à son tour à vos chances de réussite financière. Les inégalités engendrent les inégalités et les effets s'en font sentir au fil des générations. Les taux de paupérisme permettent de prévoir ce que seront les choses. La pauvreté est préjudiciable à la santé des enfants et, si ceux-ci sont en mauvaise santé, il y aura à terme des répercussions sur la santé de la nation⁴². Le système de santé est relativement impuissant à vaincre ces effets sur la santé.

Qu'entendons-nous par espérance de vie en santé?

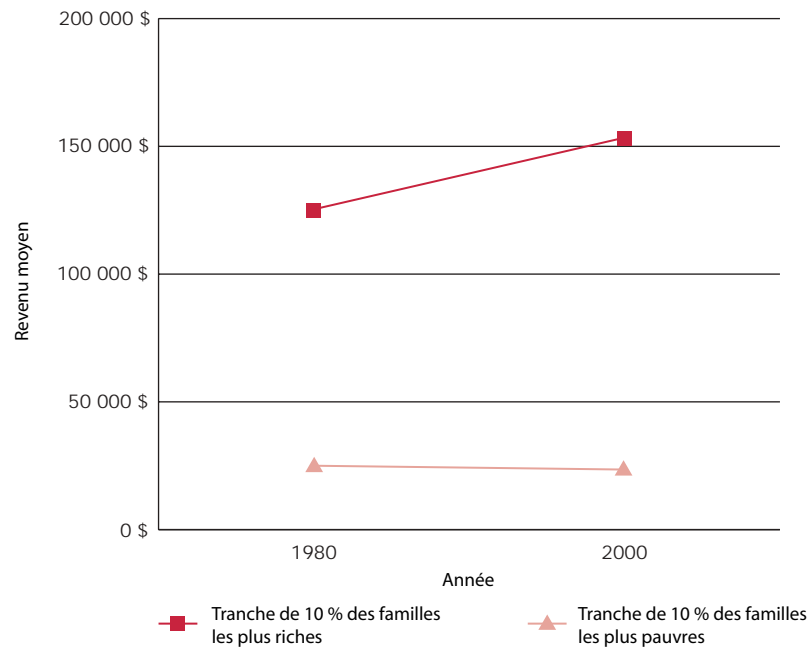
Il s'agit du nombre moyen d'années de pleine santé. Dans une mesure comme celle-là, on combine l'espérance de vie, l'état de santé et la qualité de vie.

Dans de récents travaux effectués au Canada, on s'est attaché aux différences entre les groupes à faible et à fort revenu et au seuil d'incidence sur la santé. D'intéressantes recherches démontrent que la santé de toute la population est meilleure dans les villes où la richesse est d'une répartition plus égale⁴³.

Les villes canadiennes ont accentué les clivages de revenu ces dernières années, d'où des inquiétudes en matière de politique sociale et de santé de la population. À Toronto par exemple, le revenu moyen de la tranche de 10 % des familles les plus riches s'est élevé de 23 % de 1980 à 2000, alors que le revenu moyen des familles les plus pauvres décroissait de 4 % (graphique 5)⁴⁴.



Graphique 5. Évolution du revenu familial à Toronto, 1980-2000



Source : Toronto Community Foundation

Le tableau ne se fait pas plus réjouissant au fil des ans; en fait, il s'est assombri. Il faut suivre la situation d'une manière exhaustive et systématique de manière à pouvoir orienter les programmes et les politiques vers la réduction des écarts. Pour agir sur les clivages et relever les niveaux de vie, nous avons besoin de meilleures politiques dans plusieurs secteurs : universalité des soins, éducation du public de grande qualité, logement convenable, sécurité des milieux de vie et de travail et environnement physique sain.





NUNAVUT – RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

Voici Rachel et Diane, premières élèves inuites d'un important programme pilote de Rankin Inlet, au Nunavut. Leur histoire est celle de la première époque de la stratégie territoriale « Closer to Home », initiative pluriannuelle visant à former en santé une main-d'œuvre durable qui soit représentative de la population surtout inuite de ce territoire.



Au Nunavut, on dépense en santé 25 cents sur chaque dollar pour transporter des patients au Sud. Il y a notamment les femmes enceintes dont l'accouchement risque de poser un problème; le bloc opératoire le plus proche est presque à deux heures de distance en avion. À quoi ont réfléchi les responsables de ce programme du Nunavut? S'il était possible de former au Nunavut même des travailleuses en soins de maternité et des sages-femmes au sein de la population inuite, il deviendrait possible de faire accoucher plus de femmes à domicile par les soins d'une travailleuse reconnue de la santé avec qui la nouvelle mère pourra entrer en relation.

Ce programme de formation de sages-femmes a adopté une stratégie d'échelonnement permettant aux élèves d'apprendre et d'appliquer leurs nouvelles connaissances par étapes. Après avoir traversé la première année de leur programme de deux ans, Rachel et Diane ont le choix de rester dans le milieu et de travailler à la maison des naissances à titre de préposées autorisées en soins de maternité ou encore de faire leurs études de seconde année et de parvenir au diplôme de sage-femme. Plus tard, elles pourront s'appuyer sur la formation acquise pour obtenir des titres de compétence plus élevés.

Le lecteur pourra regarder cette vidéo à www.conseilcanadiendelasante.ca.

Où sont les obstacles?

- Au Canada comme dans la plupart des pays hautement industrialisés, le fossé se creuse entre les classes favorisées et défavorisées. On peut réduire les écarts d'état de santé liés aux différences de revenu en s'efforçant expressément de relever les niveaux de vie, mais de tels efforts ne sont ni généralisés ni coordonnés au pays.
- Il n'y a pas de bonnes données comparatives qui font le lien entre les résultats de santé et les facteurs socioéconomiques qui influent sur la santé.

Que faut-il faire?

- 1 Se fixer des objectifs de lutte aux inégalités de santé. Les objectifs en question devraient s'intégrer aux objectifs de santé publique actuellement proposés pour le Canada.
- 2 Mettre l'accent sur les inégalités de santé dans l'élaboration d'indicateurs de santé comparables. On a entrepris de se doter d'un ensemble de mesures pour une comparaison des résultats de santé à l'échelle du Canada. Ces mesures doivent nous permettre de comprendre comment les facteurs socioéconomiques influent sur les résultats de santé. Ainsi, les temps d'attente sont un indicateur de base par lequel constater comment le système de santé répond à la demande de soins, mais savons-nous si les gens à faible revenu ont à attendre plus longtemps que les gens plus favorisés?

SANTÉ DES AUTOCHTONES

Comme on peut le voir dans le premier rapport annuel aux Canadiens du Conseil canadien de la santé, l'état de santé des peuples autochtones est pire que celui des autres Canadiens, quelle que soit la mesure employée. Leur espérance de vie est moindre et leurs taux de mortalité infantile, de tabagisme, d'obésité et de suicide sont supérieurs (tableau 14).

Tableau 14. Statistiques comparatives de la santé, Premières nations et ensemble de la population canadienne*

Indicateur	Premières nations	Population canadienne	Année
Espérance de vie :			
• hommes	70 ans	77 ans	2001
• femmes	76 ans	82 ans	2001
Mortalité infantile	6 pour 1 000 personnes	5 pour 1 000 personnes	2000
Décès par attaque cardiaque	73 pour 100 000 personnes	56 pour 100 000 personnes	2000
Décès par tabagisme	71,5 pour 100 000 personnes	36 pour 100 000 personnes	2000
Années de vie perdues :			
• suicide	1 080 pour 100 000 personnes	403 pour 100 000 personnes	2000
• traumatisme accidentel	2 572 pour 100 000 personnes	594 pour 100 000 personnes	2000
Taux de tabagisme (régulier ou occasionnel)	58 % (des gens âgés de 20 ans et plus)	23 % (des gens âgés de 12 ans et plus)	2002-2003
Surcroît de poids et obésité (enfants de 2 à 17 ans)	41 %	26 %	2004

*Il s'agit des années pour lesquelles nous disposons des données comparatives les plus récentes. Les données relatives aux Premières nations visent la population en réserve et/ou hors réserve selon les indicateurs employés.

Qu'ont promis les gouvernements?

En septembre 2004, les premiers ministres ont rencontré les dirigeants des milieux autochtones pour discuter de la santé de cette population et se sont engagés à établir le Plan directeur de la santé des Autochtones en vue d'améliorer l'état de santé de ces derniers et les services de santé qui leur sont destinés au pays. Ce plan énonce des objectifs précis :

- réduire l'écart de santé entre les peuples autochtones et le reste de la population canadienne;
- améliorer la prestation et l'accessibilité des services de santé par l'intégration et l'adaptation de tous ces services;
- veiller à ce que les peuples autochtones tirent tout le parti voulu de l'amélioration des services de santé au Canada;
- veiller à accroître les investissements en amont en prévention de la maladie et en promotion de la santé.

Le gouvernement fédéral a engagé 700 millions de dollars dans cette initiative, dont 100 millions sont réservés dans un fonds de ressources humaines de la santé.

Où en sommes-nous maintenant?

Le Plan directeur de la santé des Autochtones – qui est le fruit d’une collaboration sans précédent et l’énoncé de l’engagement que prennent de concert les gouvernements et les organismes autochtones nationaux – a été présenté à la réunion des premiers ministres et des dirigeants autochtones nationaux à Kelowna (Colombie-Britannique) en novembre 2005⁴⁵. Ses dispositions ne sont pas contraignantes, mais elles entendent guider les deux parties dans les décisions destinées à refermer l’écart d’état de santé entre les peuples autochtones et le reste de la population.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont annoncé qu’ils appuyaient ce plan et se sont fixé les objectifs suivants :

- réduire les taux de mortalité infantile, de suicide chez les jeunes, d’obésité chez les enfants et de diabète dans des proportions de 20 % d’ici cinq ans et de 50 % d’ici 10 ans;
- doubler le nombre de professionnels de la santé d’origine autochtone dans les 10 ans, ce qui porterait les effectifs médicaux et infirmiers à environ 150 médecins et 1 200 infirmières et infirmiers.

Sous-intitulé : « Un plan de transformation sur 10 ans », le Plan directeur servira de cadre à des mesures de collaboration et à un investissement de plus de 1,3 milliard de dollars au cours des cinq prochaines années pour la réalisation de ces objectifs et la transformation des services de santé destinés aux peuples autochtones. Sur cette somme, 870 millions sont affectés en priorité à la stabilisation du système de santé des membres des Premières nations et des Inuits; 445 millions iront aux activités de transformation et de création de capacités.



Le Plan directeur vise aussi à l’application du Cadre de l’établissement de rapports sur la santé autochtone – les engagements en la matière se sont pris dans l’Accord de 2003 – pour la déclaration des progrès dans l’obtention des principaux résultats en matière de santé. Ce cadre prévoit des indicateurs distincts de déclaration de la santé des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis et permettra de présenter des données sur diverses sous-populations (femmes, Indiens non inscrits, populations hors réserve, Inuits demeurant à l’extérieur des zones de règlement des revendications territoriales, Autochtones en milieu urbain, etc.). Il sera achevé en 2007, et on commencera à produire des rapports en 2010-2011.



Le Conseil canadien de la santé convient de l’importance historique de cette entente et des immenses possibilités qu’elle offre d’améliorer la santé des Autochtones dans la prochaine décennie. Dans notre rapport de novembre 2005 sur les ressources humaines de la santé, nous avons insisté sur l’impérieuse nécessité d’accroître le nombre de professionnels de la santé d’origine autochtone. Le Cadre de l’établissement de rapports sur la santé autochtone aura pour effet de rendre les Canadiens bien plus capables de comprendre et d’observer l’état de santé des peuples autochtones. Il devrait livrer des données de grande qualité sur différentes sous-populations, information qui brille par son absence au Canada. Sans cette information, nous ne saurions comprendre où nous en étions ou si nous avons fait de quelconques progrès.





CONVERGENCE DES VOIES



CONVERGENCE DES VOIES

Dans les accords de renouvellement des soins qu'ils ont conclus ces dernières années, les premiers ministres se sont attelés à la tâche d'élimination de certaines entraves à l'accès aux services. C'est là une importante voie d'amélioration de la santé des Canadiens, mais elle ne saurait suffire.

Les ententes en question passent à côté de certains problèmes fondamentaux dont souffre le système de santé au Canada. En faisant de l'accessibilité des services de santé l'objectif privilégié, les efforts de renouvellement des soins ne s'attaquent pas au problème plus profond et de plus en plus démontré de la qualité des services de santé. Nous ne devons pas nous contenter de poser la question du bon accès aux services, puisqu'il faut aussi se demander à quels services on ménage un tel accès. Donnons-nous les soins les plus sûrs et les plus appropriés? Investissons-nous suffisamment dans les mesures de prévention? Réduisons-nous les inégalités de santé? Il faut répondre : non, pas encore, mais nous pourrions.

Nous devons nous engager dans deux autres voies. Les systèmes de gestion de l'information que nous évoquons dans notre rapport doivent être parrainés, financés et adoptés. Ils doivent se greffer sur des données et des rapports de rendement de qualité à tous les niveaux du système si nous entendons améliorer la protection et les résultats de santé des patients. Ce qui a été fait ailleurs doit aussi se faire au Canada. En outre, il faut des investissements de taille pour des modes de vie sains : soutien en soins primaires d'équipes interprofessionnelles capables de prendre efficacement en charge les maladies chroniques, politiques publiques devant aider les gens à faire des choix de vie saine, réduction des inégalités de santé dont sont victimes certains groupes dans la population, objectifs plus mesurables (par-delà les trois objectifs actuels) permettant de suivre les progrès dans la voie de la vie saine, etc.

Ces voies sont difficiles, mais elles doivent être parcourues. Les efforts doivent être **soutenus** : le renouvellement des soins appelle des engagements à long terme, tant politiques que financiers. Les efforts doivent être **coordonnés** : pour renouveler les soins, il faut le pouvoir d'intervention de bien des gens. Les efforts doivent faire l'objet d'une **reddition de comptes** : le renouvellement des soins nécessite de l'ouverture et de la transparence.

Nous sommes en fait à la croisée des chemins et l'occasion s'offre à nous de démontrer que le système de santé canadien est capable de s'engager dans de nouvelles voies. Les Canadiens ne méritent rien de moins.



À PROPOS DU CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ



À PROPOS DU CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ

CE QUE NOUS SOMMES

Les premiers ministres du pays ont créé le Conseil canadien de la santé par leur Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé et en ont enrichi le rôle par le Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé. Nous sommes 26 Canadiens qui se soucient de l'avenir du système de santé du pays et désirent en garantir la durabilité. Nous nous vouons au renouveau de ce système et à l'amélioration de la santé des Canadiens. Le Conseil comprend des représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des experts et des citoyens. Il réunit toutes sortes de compétences : activité gouvernementale, gestion des soins, recherche, vie communautaire dans tout le pays.

Financé par Santé Canada, le Conseil rend des comptes à la population canadienne. Les membres de cet organisme sans but lucratif sont les ministres de la Santé des secteurs de compétence participants, à savoir la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le gouvernement du Canada. Les gouvernements de l'Alberta et du Québec n'en font pas partie.

CE QUE NOUS FAISONS

Le Conseil canadien de la santé surveille l'application de l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé et du Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé. Il donne des conseils constructifs sur la façon d'améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité des services de santé et la santé de la population. Il s'intéresse aux progrès par rapport aux engagements qui se prennent et indique si ceux-ci sont susceptibles ou non d'apporter les améliorations générales recherchées.

Maints organismes nationaux de santé jouent un grand rôle dans le système de santé par des activités de recherche, de collecte et de diffusion de données, d'amélioration de la qualité, de financement et de promotion des droits, mais le Conseil canadien de la santé est unique par son mandat. Il s'adresse directement aux Canadiens, présente des points de vue nationaux à l'échelle du système et porte un jugement impartial sur l'état du renouvellement des soins au pays.

MEMBRES DU CONSEIL *

Représentants du gouvernement

M. John Abbott
Terre-Neuve-et-Labrador

M. Bernie Blais
Nunavut

M. Duncan Fisher
Saskatchewan

M. Albert Fogarty
Île-du-Prince-Édouard

D^r Alex Gillis
Nouvelle-Écosse

M^{me} Donna Hogan
Yukon

M. Michel C. Leger
Nouveau-Brunswick

M^{me} Lyn McLeod
Ontario

M. Bob Nakagawa
Canada

M^{me} Elizabeth Snider
Territoires du Nord-Ouest

M^{me} Patti Sullivan
Manitoba

D^r Les Vertesi
Colombie-Britannique

Autres représentants

D^{re} Jeanne Besner (vice-présidente)

D^r Ian Bowmer

M^{me} Nellie Cournoyea

M. Michael Decter (président)

M. Jean-Guy Finn

M^{me} Simone Comeau Geddry

D^{re} Nuala Kenny

M. Jose Kusugak

M. Steven Lewis

D^{re} Danielle Martin

D^r Robert McMurtry

M. George Morfitt

M^{me} Verda Petry

D^r Brian Postl (en congé)

*Membres en décembre 2005

REMERCIEMENTS

Le Conseil canadien de la santé aimerait remercier les ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux des grands efforts qu'ils ont dû faire pour répondre à nos demandes de renseignements aux fins du présent rapport public. Les agents de liaison au gouvernement ont facilité l'accès aux données et aux autres renseignements sur l'application des accords de 2003 et 2004, et ce, dans des délais très courts. De plus, un certain nombre d'organismes nationaux ont généreusement répondu à nos requêtes : Conseil canadien d'agrément des établissements de santé, Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé, Inforoute Santé du Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Institut canadien sur la sécurité des patients, Agence de santé publique du Canada et Statistique Canada. Le Conseil aimerait enfin remercier son propre personnel de sa compétence et de ses efforts dans les travaux de recherche et de réalisation du présent rapport.

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ Institut canadien d'information sur la santé. (2005). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2005*. Ottawa : ICIS. www.cihi-icis.ca.
- ² Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires. (2005). *Étude qualitative – 1^{re} vague*. www.phc-ssp.ca/pdf_files/exec_quantitative_eng.pdf.
- ³ Baranek P. (2005). *Tour d'horizon des champs d'exercice des professions de la santé au Canada : Une question d'équilibre*. Toronto : Conseil canadien de la santé. www.conseilcanadiendelasante.ca.
- ⁴ Conseil canadien de la santé. (2005). *Moderniser la gestion des ressources humaines de la santé au Canada : Déterminer les domaines où il faut intervenir rapidement*. Toronto : Conseil canadien de la santé. www.conseilcanadiendelasante.ca.
- ⁵ Association canadienne des soins et services à domicile. (2004). *Home Care: A National Health Priority*. (Énoncé de vues). Ottawa : ACSSD. www.cdnhomecare.ca.
- ⁶ Carstairs, S. (2004). *Des soins de fin de vie de qualité : chaque Canadienne et Canadien y a droit*. (2005). *Nous ne sommes pas au bout de nos peines – des soins de fin de vie de qualité : rapport d'étape*. Ottawa : Sénat du Canada, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.
- ⁷ Osborne, K., et Margo, N. (2005). *Prestations de compassion : Analyse et évaluation*. Toronto : Conseil canadien de la santé. www.conseilcanadiendelasante.ca.
- ⁸ Hollander Analytical Services. (2002). *Final Report of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care*. Ottawa : Évaluation nationale de la rentabilité des soins à domicile, Santé Canada. www.hollanderanalytical.com.
- ⁹ Association canadienne du diabète et Diabète Québec. (2005). *Rapport sur le diabète (2005) : Le visage méconnu du diabète au Canada*. Ottawa : Association canadienne du diabète.
- ¹⁰ Institut canadien d'information sur la santé. (2005). *Tendances nationales des dépenses de santé : 1975-2005*. Ottawa : ICIS.
- ¹¹ Furberg, C.D., Wright, J.T., Davis, B.R., et coll. (2002). Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs. diuretic. *JAMA*; 288 : 2981-2997.
- ¹² Inforoute Santé du Canada. (2005). *Ordonnance électronique : Les avantages et les enjeux de l'adoption au Canada*. Toronto : Inforoute Santé du Canada.
- ¹³ Rochon, P, Lane, C., et coll. (2004). Potentially inappropriate prescribing in Canada relative to the U.S. *Drugs and Aging*; 21(14) : 939-947.
- ¹⁴ Health Quality Council. (2005). *Improving the Quality of Drug Management of Saskatchewan Seniors Living in the Community*. Saskatoon : The Health Quality Council.
- ¹⁵ Lee, D., Tu, J., et coll. (2005). Risk-treatment mismatch in the pharmacotherapy of heart failure. *JAMA*; 294(10) : 1240-1247.
- ¹⁶ Inforoute Santé du Canada. (2005). *Ordonnance électronique : Les avantages et les enjeux de l'adoption au Canada*. Toronto : Inforoute Santé du Canada.
- ¹⁷ Institut canadien d'information sur la santé. (2004). *Drug Expenditures in Canada*. Ottawa : ICIS.
- ¹⁸ Grootendorst, P.V., Marshall, J.K., Holbrook, A.M., et coll. (2005). The impact of reference pricing on non-steroidal anti-inflammatory agents on the use and costs of analgesic drugs. *Health Services Research*; 40 (octobre 2005) : 1297-1317.

- ¹⁹ Greenhouse, S., et Barbaro, M. Wal-Mart memo suggests ways to cut employee benefit costs. *New York Times*. 26 octobre 2005, p. C1 (dernière édition).
- ²⁰ Durbin, D. (2005). UAW members OK GM health care proposal. *Chicago Tribune*. 11 novembre 2005.
- ²¹ Mintzes, B. (2006). *Publicité directe aux consommateurs sur les médicaments d'ordonnance au Canada : Quelles en sont les conséquences sur la santé publique?* Toronto : Conseil canadien de la santé.
- ²² Conseil canadien de la santé. (2005). *10 étapes vers un cadre commun de production de rapports sur les temps d'attente*. Toronto : Conseil canadien de la santé. www.conseilcanadiendelasante.ca.
- ²³ Gouvernement de l'Alberta. *Wait times reduced for hip and knee replacements*. Communiqué. 20 décembre 2005. www.gov.ab.ca.
- ²⁴ Wright, C.J., Chambers, G.K., et Robens-Paradise, Y. (2002). Evaluation of indications for and outcomes of elective surgery. *JAMC*; 167 : 461-466.
- ²⁵ Baker, G.R., Norton, P.G., et coll. (2004). The Canadian adverse events study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *JAMC*; 170(11) : 1678-1686.
- ²⁶ Leeb, K., Zelmer, J., et coll. (2005). Safer care – measuring to manage and improve. *Healthcare Quarterly*; 8, Special Issue – Patient Safety Papers : 8689.
- ²⁷ Prichard, J.R.S. (1990). *Liability and Compensation in Health Care: A Report to the Conference of Deputy Ministers of the Federal/Provincial/Territorial Review on Liability and Compensation Issues in Health Care*. Toronto : University of Toronto Press.
- ²⁸ Inforoute Santé du Canada. (2005). Patient safety and the contribution of Canada Health Infoway. *Healthcare Quarterly*; 8, Special Issue – Patient Safety Papers: 7.
- ²⁹ Inforoute Santé du Canada. (2005). *Ordonnance électronique : Les avantages et les enjeux de l'adoption au Canada*. Toronto : Inforoute Santé du Canada.
- ³⁰ Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2004). Sondage national auprès des médecins. www.cfpc.ca/nps.
- ³¹ Booz, Allen Hamilton. (mars 2005). *Inforoute Santé du Canada – Stratégie d'investissement sur dix ans : Dossier de santé électronique (Vol. III Coûts et avantages prévus)*. Toronto : Inforoute Santé du Canada.
- ³² Inforoute Santé du Canada. (2005). *Ordonnance électronique : Les avantages et les enjeux de l'adoption au Canada*. Toronto : Inforoute Santé du Canada.
- ³³ National Health Service. (2005). *Healthcare Output and Productivity: Accounting for Quality Change*. Londres : ministère de la Santé; *Chief Executive's Report to the NHS: Statistical Supplement*. (2005). Londres : ministère de la Santé. www.nhs.uk.
- ³⁴ Association canadienne des soins de santé. (2005). *Un système de santé public : La clé de la capacité concurrentielle du Canada, de la croissance économique et de l'équité pour tous les Canadiens*. Mémoire présenté au Comité permanent des finances de la Chambre des communes, octobre 2005. Ottawa : ACS. www.cha.ca/fedfunding.htm.
- ³⁵ Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains. (2005). *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*. Ottawa : ministre de la Santé.

- ³⁶ Organisation mondiale de la santé. (2005). *Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment: A WHO Global Report*. Genève : Organisation mondiale de la santé. [L'OMS a estimé les valeurs de prévision à l'aide de méthodes types de maximisation de la comparabilité entre pays; il ne s'agit pas nécessairement des statistiques officielles des pays en cause.]
- ³⁷ Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains. (2005). *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*. Ottawa : ministre de la Santé.
- ³⁸ Organisation de coopération et de développement économiques. (2005). *Panorama de la santé – Les indicateurs de l'OCDE 2005*. Paris : OCDE. www.oecd.org/health/healthatagance.
- ³⁹ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2005). Les équipes interdisciplinaires en services de première ligne permettent un contrôle efficace des maladies chroniques. *Données à l'appui*. Ottawa : FCRSS. www.chsrf-fcrss.ca.
- ⁴⁰ Congestive Heart Failure Collaborative. (2004). *Healthy Heart: Celebrating Success*. Communication au congrès de clôture du Province-Wide Congestive Heart Failure Collaborative, 13-14 mai 2004. www.heartbc.ca/pro/collaboratives/chf/ls4/celebratingsuccess.pdf.
- ⁴¹ Initiative sur la santé de la population canadienne. (2004). *Améliorer la santé des Canadiens*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
- ⁴² Lee, K.L. (2000). *La pauvreté urbaine au Canada : un profil statistique*. Ottawa : Conseil canadien de développement social. www.ccsd-ccds.ca.
- ⁴³ Ross, N. (2004). *Qu'avons-nous appris en étudiant l'inégalité du revenu et la santé de la population?* Ottawa : Initiative sur la santé de la population canadienne, Institut canadien d'information sur la santé. www.cihiicis.ca.
- ⁴⁴ Toronto Community Foundation. (2005). *Toronto's Vital Signs 2005*. www.tcf.ca.
- ⁴⁵ Santé Canada, Système de soins de santé. (2005). *Plan directeur de la santé des Autochtones : un plan de transformation sur 10 ans*. Document produit pour la réunion des premiers ministres et des dirigeants d'organisations autochtones les 24 et 25 novembre 2005. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2005-blueprint-plan-abor-auto/index_f.html.

Annexe A – Organismes nationaux

- A.1 Rôle des organismes nationaux

Annexe B – Tableaux sur le renouvellement des soins de santé selon les secteurs de compétence

- B.1 Les soins de santé primaires : accès en tout temps
- B.2 Les soins de santé primaires : équipes interprofessionnelles
- B.3 Les ressources humaines de la santé : champ d'exercice
- B.4 Les ressources humaines de la santé : plans et études
- B.5 Les ressources humaines de la santé : programmes fédéraux
- B.6 Les soins à domicile : couverture actuelle des services
- B.7 La gestion des médicaments : initiatives actuelles
- B.8 Les temps d'attente : investissements récents
- B.9 Les temps d'attente : rapports sur les temps d'attente
- B.10 Les temps d'attente : normes des temps d'attente
- B.11 La gestion de l'information : dossiers de santé électroniques et prescriptions par voie électronique

Annexe C – Progrès dans l'application des conseils donnés par le CCS dans son rapport annuel de 2005

- C.1 Progrès dans l'application des conseils donnés par le CCS dans son rapport annuel de 2005

A.1 Rôle des organismes nationaux

Fondation canadienne pour l'innovation

www.innovation.ca

La Fondation canadienne pour l'innovation finance l'infrastructure de la recherche. Son mandat est d'accroître la capacité des universités, des collèges, des hôpitaux de recherche et des établissements de recherche sans but lucratif au Canada à faire de la recherche et de l'innovation technologique de qualité internationale au profit des Canadiens.

Inforoute Santé du Canada

www.infoway-inforoute.ca

L'Inforoute Santé du Canada vise avant tout à favoriser et à hâter l'élaboration et l'adoption de systèmes électroniques d'information sur la santé selon des normes compatibles et en fonction des technologies des communications à l'échelle pancanadienne de manière à procurer des avantages bien palpables aux Canadiens.

Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS)

www.ccohta-occets.ca

L'OCCETS a pour vision de faciliter une utilisation appropriée et efficace de la technologie spécialisée dans les systèmes de santé partout au pays. Il s'agit de fournir en temps voulu aux décideurs une information utile et rigoureusement objective sur l'évaluation des technologies de la santé, sur l'efficacité clinique et la rentabilité des nouveaux médicaments et sur les pratiques exemplaires en matière de prescription et d'utilisation de médicaments.

Conseil canadien d'agrément des établissements de santé (CCAES)

www.cchsa-ccaes.ca

Cet organisme aide les établissements de santé à examiner et à améliorer la qualité des soins et des services qu'ils assurent à leur clientèle. Il offre un programme d'agrément reposant sur des normes nationales conçues et actualisées par des spécialistes du domaine avec des services d'examen par les pairs et d'échange d'information. Par l'autoévaluation et l'évaluation externe, ce programme constitue un moteur de l'amélioration des soins.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)

www.chsrf-fcrss.ca

La FCRSS soutient une gestion « par données probantes » du système de santé canadien en facilitant les transferts et les échanges de connaissances et en faisant le pont entre les politiques et les recherches en gestion des services de santé. Elle finance la recherche en politiques des services de santé et des soins infirmiers, aide à la synthèse et à la diffusion des résultats de la recherche et appuie l'exploitation de cette information par les gestionnaires et les décideurs.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

www.cihi-icis.ca

L'ICIS est un organisme indépendant sans but lucratif et à vocation pancanadienne qui travaille à l'amélioration de la santé des Canadiens et de leur système de santé par une information de qualité fournie en toute sûreté et en temps utile dans ce domaine.

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

www.cihr-irsc.gc.ca

Les IRSC forment l'organisme par excellence de recherche en santé au Canada. Ils affectent des fonds à la recherche et aux chercheurs dans quatre domaines : sciences biomédicales, services cliniques, systèmes et services de santé, santé de la population et hygiène publique.

Institut canadien sur la sécurité des patients (ICSP)

www.cpsi-icsp.ca

L'ICSP a pour mandat d'assurer un leadership dans les questions de sécurité des patients en conseillant des stratégies efficaces aux gouvernants, aux intervenants et aux citoyens, en favorisant les échanges d'information, en influençant les changements de culture, en appuyant l'évolution des systèmes et en collaborant avec les intervenants.

A.1 Rôle des organismes nationaux (suite)

Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC)

www.cihi-icis.ca/cphi-ispcc

L'ISPC, qui relève de l'ICIS, a pour double mission de faire naître une meilleure compréhension des facteurs qui influent sur la santé des personnes et des collectivités et de contribuer à l'élaboration de politiques destinées à combattre les iniquités et à améliorer la santé et le bien-être des Canadiens. Elle livre des analyses des données en santé des populations de manière à éclairer les politiques d'amélioration de la santé, finance des travaux de recherche, établit des options pour la politique publique et cherche à accroître la connaissance des déterminants de la santé dans la population.

Agence de santé publique du Canada

www.phac-aspc.gc.ca

L'Agence de santé publique du Canada assure la promotion et la protection de la santé des Canadiens par le leadership, le partenariat, l'innovation et l'action en santé publique. Elle se distingue par des efforts efficaces de prévention des maladies chroniques et des accidents et d'intervention en cas d'urgence de santé publique ou d'écllosion de maladies infectieuses.

Statistique Canada

www.statscan.ca

Statistique Canada produit des statistiques qui aident les Canadiens à mieux comprendre la population, les ressources, l'économie, la société et la culture du pays. Dans le domaine de la santé, il mène un certain nombre d'enquêtes, notamment l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, l'Enquête sur l'accès aux services de santé et l'Enquête nationale sur la santé de la population, lesquelles renseignent sur les déterminants de la santé, l'état de santé et l'utilisation des services sanitaires. Il produit enfin des rapports annuels sur la santé de la population et le système de santé au Canada.

B.1 Les soins de santé primaires : accès en tout temps

	Proportion de patients qui ont accès en tout temps à des prestataires de soins de santé primaires	Proportion de l'accès en tout temps qui est offert par le prestataire de soins de santé primaires du patient	Renseignements cliniques déclarés au prestataire de soins de santé primaires du patient
Fédéral : Forces canadiennes	<p>Les services après les heures normales d'ouverture sont offerts surtout par le système de soins de santé civil. Les Forces ont retenu un service de télétriage à l'intention du personnel afin que ce dernier y ait accès pour déterminer le service de soins de santé le plus approprié après les heures normales d'ouverture ou lorsqu'il voyage à l'extérieur de la base militaire. Sur quelques bases, les services de soins d'urgence à la clinique sont offerts pendant certaines heures la fin de semaine ou en soirée. Un grand nombre des cliniques sur les bases soutiennent une population plutôt petite, ce qui fait que la prestation directe des services après les heures normales d'ouverture n'est pas rentable.</p>	<p>Les soins d'urgence sont assurés par l'équipe régulière de prestataires des patients pendant les heures de travail régulières pour la majorité des membres des Forces canadiennes et pendant des heures prolongées pour une plus petite proportion de membres.</p>	<p>Pour les visites de télétriage, la clinique reçoit des rapports réguliers qui précisent les appels gérés. Dans le cas où des conseils médicaux ont été donnés pendant l'appel et où le demandeur a accepté de s'identifier, alors un dossier de l'appel est envoyé à la clinique à des fins d'examen par le prestataire régulier et afin d'être inclus dans la fiche du membre.</p> <p>Dans les cas où un membre demande des soins d'un système civil après les heures normales d'ouverture ou lorsqu'il voyage, la rencontre est facturée par l'intermédiaire de la Croix Bleue, et, dans le cadre de ce processus, des renseignements cliniques brefs sont envoyés à la clinique habituelle du patient pour fins d'examen par le prestataire régulier et afin d'être inclus dans la fiche du patient.</p>
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits	<p>À l'exception de seulement quelques petites collectivités (population <100), presque toutes les collectivités autochtones éloignées et isolées ont accès en tout temps à des prestataires de soins de santé primaires. Dans un petit nombre de cas (p. ex., postes de soins infirmiers satellites), cet accès est rendu possible grâce à un représentant résident en santé communautaire qui communique par téléphone avec l'infirmière ou infirmier travaillant au poste de soins infirmiers.</p> <p>Les clients des centres de santé des régions non éloignées ont généralement accès en tout temps aux services grâce au système de santé provincial, bien que leur accès aux services offerts en tout temps soit le même que celui des services provinciaux en milieu rural.</p>	<p>Dans les collectivités éloignées et isolées, les infirmières et infirmiers autorisés qui pratiquent dans un champ d'exercice élargi offrent tous les services.</p>	<p>Lorsque les clients sont aiguillés ou qu'ils demandent indépendamment des soins à l'extérieur de leur propre collectivité, les renseignements cliniques de suivi peuvent être communiqués de diverses façons (p. ex., par copie papier avec le client, par téléphone, par télécopieur); toutefois, il peuvent souvent ne pas être demandés. Dans le cas des collectivités satellites, le représentant en santé communautaire entre en contact avec le prestataire de soins de santé primaires par téléphone.</p>

B.1 Les soins de santé primaires : accès en tout temps (suite)

	Proportion de patients qui ont accès en tout temps à des prestataires de soins de santé primaires	Proportion de l'accès en tout temps qui est offert par le prestataire de soins de santé primaires du patient	Renseignements cliniques déclarés au prestataire de soins de santé primaires du patient
Anciens Combattants Canada		Tous les services sont offerts de cette manière.	
Colombie-Britannique	<p>Tous les résidents de la Colombie-Britannique qui ont un téléphone peuvent avoir accès aux services de soins de santé primaires en tout temps, sept jours sur sept. L'infrastructure d'accès en tout temps de la Colombie-Britannique inclut notamment les composantes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un accès libre et avancé aux bureaux de médecins et aux nouveaux modèles de soins de santé primaires; • couverture contractuelle particulière en tout temps avec les centres de santé communautaire; • groupes d'appels après les heures normales d'ouverture et réseaux de soins de santé primaires; • BC NurseLine. <p>Les habitants de la Colombie-Britannique qui n'ont pas accès en tout temps à un médecin local peuvent téléphoner à la BC NurseLine afin de recevoir de l'information en santé et des conseils en tout temps, ou pour parler à un pharmacien entre 17 h et 9 h tous les jours. Les infirmières et infirmiers autorisés de la BC NurseLine sont particulièrement formés pour répondre aux questions sur les interventions et les sujets associés à la santé, déterminer les symptômes et aider les demandeurs à décider du moment approprié pour consulter un professionnel de la santé. De l'information et des aiguillages vers d'autres services sont également offerts. En 2004-2005, la BC NurseLine a reçu plus de 331 000 appels, soit une augmentation d'approximativement 33 % par rapport à l'année précédente. Les habitants de la Colombie-Britannique ont</p>	Comme l'exige le BC College of Physicians and Surgeons, les médecins doivent assurer un accès en tout temps à leurs propres patients. Un patient qui décide de se présenter dans une clinique sans rendez-vous, de téléphoner à la BC NurseLine ou de se présenter à la salle d'urgence peut le faire à l'extérieur du protocole d'accès régulier. Toutefois, les médecins doivent, conformément aux exigences du collège, établir des protocoles d'accès en tout temps, de sorte que tous les habitants de la Colombie-Britannique aient accès à leur propre prestataire de soins de santé à toute heure de la journée.	

B.1 Les soins de santé primaires : accès en tout temps (suite)

	Proportion de patients qui ont accès en tout temps à des prestataires de soins de santé primaires	Proportion de l'accès en tout temps qui est offert par le prestataire de soins de santé primaires du patient	Renseignements cliniques déclarés au prestataire de soins de santé primaires du patient
	également accès gratuitement à des renseignements et des conseils de nutritionnistes du lundi au vendredi, de 9 h à 17 h, grâce au service Dial-a-Dietitian. Afin de répondre aux besoins de la population multiculturelle considérable et dynamique de la C.-B., des services de traduction sont offerts dans plus de 130 langues.		
Alberta	Tous les résidents de l'Alberta ont accès à HealthLink Alberta, un service téléphonique d'information en santé et de conseils offert en tout temps par des infirmières et infirmiers.		
Saskatchewan	Tous les résidents de la Saskatchewan ont accès à la Ligne santé, un service d'assistance téléphonique qui offre des conseils sur la santé en tout temps par l'entremise d'infirmières et infirmiers autorisés.		
Manitoba	Le Manitoba gère un centre d'appels provincial, Health Links – Info Santé, qui offre un accès par téléphone en tout temps à des renseignements et des conseils en santé à tous les citoyens du Manitoba qui ont des questions sur la santé.	Inconnue à l'heure actuelle. L'accès en tout temps dépend du souhait et de la pratique d'une clinique d'offrir des soins d'urgence à l'extérieur des heures normales d'ouverture du bureau.	Le centre d'appels provincial, soit Health Links – Info Santé, a la capacité technique d'envoyer des renseignements cliniques aux prestataires de soins de santé déterminés par le client, mais ce n'est pas la pratique à l'heure actuelle. Les lois sur la protection des renseignements personnels et les processus de consentement exigent une exploration plus poussée pour veiller à ce qu'il y ait conformité aux exigences actuelles avant la mise en œuvre d'un processus de communication visant à diffuser le dossier de santé d'un patient.
Ontario	Par l'intermédiaire d'un système intégré, l'Ontario a actuellement 4 669 médecins au service de 6,83 millions de patients, dont 3,76 millions sont inscrits à un modèle de soins de santé primaires. Les patients de ces modèles ont accès au Service téléphonique d'aide médicale (STAM) après les	Dans le système intégré, le service est offert par l'intermédiaire du prestataire du patient ou d'un membre de son groupe de soins de santé primaires pour la couverture de jour et en soirée après les heures normales, la fin de semaine et les jours fériés. Ce groupe de prestataires doit également être en disponibilité pour le Service	Le Service téléphonique d'aide médicale (STAM) est un service de triage téléphonique intégré offert aux patients inscrits aux modèles harmonisés de soins de santé primaires. Le service est offert après les heures normales d'ouverture, entre 17 h et 9 h la semaine, et en tout temps la fin de semaine et les jours fériés. Les demandeurs peuvent parler

B.1 Les soins de santé primaires : accès en tout temps (suite)

	Proportion de patients qui ont accès en tout temps à des prestataires de soins de santé primaires	Proportion de l'accès en tout temps qui est offert par le prestataire de soins de santé primaires du patient	Renseignements cliniques déclarés au prestataire de soins de santé primaires du patient
	<p>heures normales d'ouverture. Le service est offert entre 17 h et 9 h la semaine, et en tout temps la fin de semaine et les jours fériés. Les demandeurs qui téléphonent au service peuvent discuter avec des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario qui donneront des conseils sur la santé, de même que des renseignements sur le triage et la santé.</p> <p>De plus, Télésanté Ontario offre un service d'assistance téléphonique en tout temps où les Ontariens peuvent demander des conseils sur la santé et des renseignements sur le triage. Ce service n'est pas directement lié à l'un ou l'autre des modèles de soins de santé primaires.</p>	<p>téléphonique d'aide médicale (STAM). Le service veille à ce que le prestataire de soins du patient reçoive en retour un rapport le jour ouvrable suivant.</p>	<p>à des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario qui leur donneront des conseils sur la santé, de même que des renseignements sur le triage et la santé. Les infirmières et infirmiers du STAM peuvent également entrer en communication avec un médecin en disponibilité de chacun des groupes de soins de santé primaires que ce service dessert.</p> <p>On communique avec ces médecins si les symptômes du demandeur justifient un triage secondaire. Les visites du patient sont communiquées au prestataire de soins de santé primaires du demandeur par l'intermédiaire d'un rapport de visite, lequel est remis au prestataire avec le consentement du demandeur. Le rapport est envoyé le jour ouvrable suivant et précise la raison de l'appel et les conseils donnés au patient.</p>
Québec	<p>Tous les résidents du Québec ont accès en tout temps au service d'assistance téléphonique Info-Santé des centres de santé communautaire. Leurs infirmières et infirmiers donnent des conseils et des renseignements sur les problèmes de santé et les services sociaux, et peuvent aiguiller les résidents vers les bonnes personnes ou les bons organismes.</p>		
Nouveau-Brunswick	<p>Tous les résidents du Nouveau-Brunswick ont accès en tout temps à des prestataires de soins de santé primaires grâce au service de triage téléphonique Télé-Soins.</p>	<p>Ces services sont offerts 16 heures par jour, 7 jours sur sept.</p>	<p>Les infirmières et infirmiers autorisés embauchés par le service Télé-Soins remettent des rapports aux médecins.</p>
Nouvelle-Écosse	<p>Toute la population de la Nouvelle-Écosse a accès à des prestataires de soins de santé primaires, que ce soit par l'intermédiaire des salles d'urgence, des services de consultations externes dans les établissements de soins actifs</p>		

B.1 Les soins de santé primaires : accès en tout temps (suite)

Proportion de patients qui ont accès en tout temps à des prestataires de soins de santé primaires	Proportion de l'accès en tout temps qui est offert par le prestataire de soins de santé primaires du patient	Renseignements cliniques déclarés au prestataire de soins de santé primaires du patient
<p>ou les hôpitaux en milieu rural, des centres de santé communautaire ou des bureaux de médecins de famille. Grâce aux activités de renouvellement des soins de santé primaires, on essaie d'obtenir une répartition appropriée de l'accès aux soins offerts par le bon fournisseur, au bon moment, à la bonne place. L'évaluation des efforts généraux en matière de renouvellement des soins de santé primaires en Nouvelle-Écosse est en cours.</p> <p>La proposition d'un système de télésanté n'a pas été approuvée pour la Nouvelle-Écosse au cours de cet exercice. Toutefois, les relations avec les régies de la santé de district et les conseils communautaires de santé et les stratégies de mobilisation communautaire qui ont permis d'établir les priorités locales et la prise de décisions entourant le meilleur modèle pour répondre aux besoins de soins de santé des diverses collectivités font partie intégrante du mouvement associé au programme de renouvellement de soins de santé primaires de la Nouvelle-Écosse.</p> <p>Ces efforts incluent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Création d'équipes de collaboration par les régies de la santé de district, y compris le soutien pour la formation d'un modèle de collaboration élargi avec les équipes multidisciplinaires; • Ajout de 19 postes d'infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires financés à divers emplacements à l'échelle de la province; • Établissement d'un groupe de travail sur les soins primaires obstétricaux dans le but de faciliter l'intégration des sages-femmes dans les équipes de pratique en collaboration qui offrent des soins primaires obstétricaux en Nouvelle-Écosse. 		

B.1 Les soins de santé primaires : accès en tout temps (suite)

	Proportion de patients qui ont accès en tout temps à des prestataires de soins de santé primaires	Proportion de l'accès en tout temps qui est offert par le prestataire de soins de santé primaires du patient	Renseignements cliniques déclarés au prestataire de soins de santé primaires du patient
	Un rapport complet a été présenté au ministère de la Santé en juin 2005 et les recommandations sont examinées.		
Île-du-Prince-Édouard	Toute la population de l'Î.-P.-É. a accès à des prestataires de soins de santé primaires, que ce soit par l'intermédiaire des salles d'urgence/départements de prestation de services aux malades externes dans deux établissements de soins actifs ou cinq hôpitaux ruraux, des centres de santé familiale ou des bureaux de médecins de famille.	Données non disponibles.	Une copie du dossier de la salle d'urgence/du département de prestation de services aux malades externes est envoyée au centre de santé familiale ou au bureau du médecin de famille.
Terre-Neuve-et-Labrador	Tous les résidents ont accès en tout temps à des soins de santé primaires offerts sous diverses formes. Étant donné la situation des activités de renouvellement des soins de santé primaires à l'heure actuelle, approximativement 22 % de la population a accès à de nouveaux modèles d'équipes multidisciplinaires.	Cette information n'est pas disponible.	Cette information n'est pas disponible.
Nunavut	<p>Quatre-vingt pour cent des résidents habitent dans des collectivités desservies par des centres de soins de santé. Dans ces collectivités, les premiers intervenants sont des infirmières et infirmiers en santé communautaire qui offrent des services en tout temps, soit par téléphone, soit en personne. Il s'agit du même personnel qui reçoit les patients dans les cliniques pendant les heures de travail régulières.</p> <p>Le reste des habitants (approximativement 20 %) vivent à Iqaluit et ont accès à des soins en tout temps dans les salles d'urgence après les heures normales et sur ou sans rendez-vous durant les heures régulières. Les soins sont habituellement prodigués par un médecin.</p>		L'établissement des rapports se fait principalement par téléphone, suivi de la transmission des rapports sur document papier entre un centre de santé et l'Hôpital régional de Baffin (cela s'applique également aux patients qui sont traités dans la région plus au sud).

B.1 Les soins de santé primaires : accès en tout temps (suite)

	Proportion de patients qui ont accès en tout temps à des prestataires de soins de santé primaires	Proportion de l'accès en tout temps qui est offert par le prestataire de soins de santé primaires du patient	Renseignements cliniques déclarés au prestataire de soins de santé primaires du patient
Territoires du Nord-Ouest	<p>L'accès aux prestataires de soins de santé primaires dans la collectivité locale dépend de nombreuses variables : la taille de la collectivité, les indicateurs de la santé de la population, le développement des installations et d'autres facteurs associés à la capacité/aux ressources. Un système d'aiguillage vers les services régionaux, territoriaux et à l'extérieur du territoire est en place, de même qu'une politique sur les déplacements pour soins médicaux. L'approche adoptée par les T.N.-O. pour soutenir la prestation des services essentiels à tous les résidents se décrit comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans toutes les collectivités, sans égard à la taille de la population, des services fondamentaux limités sont offerts : premiers soins et RCR de base pour les soins d'urgence, services d'évaluation et d'intervention en situation de crise. Dans les collectivités plus petites, le transfert à un centre régional ou territorial peut être nécessaire. • Dans les collectivités qui disposent d'un personnel professionnel en soins infirmiers et en counseling sur la santé mentale/les toxicomanies, les services s'étendent jusqu'aux cliniques de soins urgents et non urgents, et aux cliniques d'urgence pendant les heures de travail régulières. Des systèmes de mise en disponibilité d'urgence sont en place après les heures normales d'ouverture (la nuit et la fin de semaine). • Dans les collectivités plus importantes, la prestation des soins de santé primaires est élargie de façon à inclure les services de médecins. Les services de cliniques (soins non urgents et urgents) et les services d'urgence sont offerts pendant les heures de travail régulières et peuvent être 		

B.1 Les soins de santé primaires : accès en tout temps (suite)

	Proportion de patients qui ont accès en tout temps à des prestataires de soins de santé primaires	Proportion de l'accès en tout temps qui est offert par le prestataire de soins de santé primaires du patient	Renseignements cliniques déclarés au prestataire de soins de santé primaires du patient
	<p>disponibles dans les centres de santé communautaire, les cliniques médicales et/ou dans un établissement/un hôpital. Les services d'urgence sont offerts sur demande ou en tout temps où il y a des hôpitaux.</p> <p>En mai 2004, le Ministère a introduit Télé-Soins T.N.-O., une ligne sans frais de soutien et d'information sur la santé de la famille où on peut parler en tout temps à des infirmières et infirmiers bilingues (français/anglais) autorisés des T.N.-O. Les infirmières et infirmiers de Télé-Soins T.N.-O. ont la capacité de communiquer avec les prestataires de soins de santé primaires locaux par téléphone et/ou par télécopieur, selon l'urgence.</p>		
Yukon	<p>Tous les résidents ont accès aux soins de santé primaires par l'intermédiaire des salles d'urgence d'hôpitaux à Whitehorse ou des centres de santé communautaire dans d'autres collectivités du Yukon. Tous les résidents du Yukon ont également accès en tout temps au site Web du Health Guide, à titre de source de référence. À Whitehorse, il est pratique de considérer la salle d'urgence des hôpitaux comme faisant partie des soins de santé primaires. La plupart des médecins qui pratiquent au service des urgences sont des médecins en soins de santé primaires qui, à tour de rôle, acceptent de demeurer en disponibilité pour des soins d'urgence. Cela peut être différent de la pratique ailleurs au Canada.</p>	<p>Cette information n'est pas disponible.</p>	<p>Le service des urgences de l'Hôpital général de Whitehorse offre des soins de santé primaires. Une copie du dossier de traitement d'un résident de Whitehorse traité au service des urgences est envoyée au bureau de son médecin.</p>

B.2 Les soins de santé primaires : équipes interprofessionnelles

	Progrès dans la mise en œuvre d'équipes interprofessionnelles	Nombre d'équipes interprofessionnelles par 10 000 habitants	Équipes interprofessionnelles nécessaires pour assurer certains services	Patients assignés à une équipe de prestataires de soins de santé particulière
Fédéral : Forces canadiennes	<p>Les Forces canadiennes offrent des soins de santé primaires grâce aux efforts combinés de médecins, d'adjoints aux médecins, d'infirmières et d'infirmiers et de techniciens médicaux. L'unité de prestation des soins est une équipe interdisciplinaire composée de prestataires de soins de santé civils et des Forces canadiennes qui travaillent constamment en collaboration les uns avec les autres afin de répondre aux besoins de soins de santé de ses unités et du personnel qui lui est assigné, assurant une continuité transparente des soins au fil du temps. Le personnel civil d'une unité de prestation des soins compte notamment un médecin civil, un(e) infirmier(ère) praticien(ne) et du personnel de soutien administratif. Le personnel des Forces canadiennes compte deux médecins militaires (chacun devant consacrer 50 % de son temps à des activités cliniques au sein de l'unité de prestation des soins), un(e) infirmier(ère) de premier recours, un adjoint au médecin et trois techniciens médicaux.</p> <p>Le ministère de la Défense nationale est actuellement au cœur d'une initiative de renouvellement des soins de santé primaires, qui permettra de mieux coordonner les</p>	<p>L'initiative de renouvellement des soins de santé primaires prévoit qu'une unité de prestation des soins (équipe multidisciplinaire) sera en mesure d'offrir des soins primaires standard à environ 1 500 membres des Forces, tout en s'acquittant des responsabilités professionnelles et opérationnelles liées à la santé. À cette étape de la mise en œuvre, 11 unités de prestation des soins ont été établies sur diverses bases à l'échelle du Canada. Étant donné que 60 000 membres réguliers et 18 000 membres de réserve des Forces sont dispersés partout au Canada et soutenus médicalement par 40 établissements médicaux des FC (certains étant si petits qu'ils ne font tout juste un peu plus que coordonner les soins reçus par l'intermédiaire du secteur civil), il est difficile de comparer les rapports patient-prestataire du MDN à ceux du secteur civil, où la population est davantage répartie en grappes et où il est plus susceptible d'y avoir des économies d'échelle.</p>	<p>La liste de service des cliniques médicales est une liste détaillant le personnel régulier et de réserve des bases des Forces et l'unité de prestation des soins particulière à laquelle chaque unité est assignée. Tout le personnel admissible sera assigné à une unité de prestation des soins grâce à une inscription. Tous les membres d'un navire, d'un escadron ou d'un régiment particulier peuvent être assignés (c.-à-d. inscrits à une unité de prestation des soins particulière).</p>	

B.2 Les soins de santé primaires : équipes interprofessionnelles (suite)

	Progrès dans la mise en œuvre d'équipes interprofessionnelles	Nombre d'équipes interprofessionnelles par 10 000 habitants	Équipes interprofessionnelles nécessaires pour assurer certains services	Patients assignés à une équipe de prestataires de soins de santé particulière
	<p>divers praticiens participant à la prestation des soins de santé primaires dans des équipes interdisciplinaires définies et ayant une pratique en collaboration. L'initiative de renouvellement des soins de santé primaires a été mise à l'essai et évaluée dans quatre cliniques des Forces canadiennes. La mise en œuvre est en cours à un certain nombre d'emplacements, la conversion des 32 emplacements au nouveau modèle clinique devant être terminée d'ici 2010. Tout comme le secteur civil des soins de santé, le Ministère doit toutefois relever certains défis pour assurer une mise en œuvre réussie et en temps opportun, ces défis étant notamment des obstacles à l'infrastructure, des pénuries de ressources humaines en soins de santé et des incertitudes budgétaires à long terme.</p>			
Fédéral : Autochtones	Sans objet.	On retrouve des équipes multidisciplinaires dans tous les postes de soins infirmiers et centres de santé, soit approximativement 550 équipes.		Non
Fédéral : Anciens combattants	Des équipes interprofessionnelles sont en place depuis plus de 20 ans, étant donné le lancement du Programme d'aide à l'autonomie des anciens combattants. Ces équipes ont évolué au fil	Actuellement, on compte une équipe multidisciplinaire au siège social, une dans chacun des cinq bureaux régionaux et plus de 40 équipes de service à la clientèle dans les bureaux locaux à		Les anciens combattants sont assignés à un gestionnaire de cas local et sont également visés par les frontières régionales. Les équipes de service à la clientèle et multidisciplinaires responsables sont

B.2 Les soins de santé primaires : équipes interprofessionnelles (suite)

	Progrès dans la mise en œuvre d'équipes interprofessionnelles	Nombre d'équipes interprofessionnelles par 10 000 habitants	Équipes interprofessionnelles nécessaires pour assurer certains services	Patients assignés à une équipe de prestataires de soins de santé particulière
	du temps dans le but de répondre aux tendances et aux besoins actuels. Depuis la mise en œuvre de l'approche du service axé sur la clientèle en 1999, chaque bureau local a au moins une équipe interdisciplinaire, et tous les bureaux régionaux et sièges sociaux comptent également de telles équipes.	l'échelle du pays.		déterminées, habituellement, selon l'emplacement géographique de l'ancien combattant.
Colombie-Britannique	<p>La Colombie-Britannique accélère son approche d'équipe des soins de santé primaires grâce à sa stratégie de transformation. Cette stratégie inclut notamment ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • comprendre le patient comme étant la ressource la plus importante et la plus sous-utilisée au sein de l'équipe des soins de santé primaires; • influencer la formation des équipes multidisciplinaires selon la diversité et les attentes du patient et les réalités propres aux soins; • axer les équipes multidisciplinaires sur les populations à risque de développement d'une maladie chronique; • apporter des changements aux politiques et aux règlements; • appuyer de nouveaux modèles de financement; • mettre au point et utiliser la gestion de l'information; • retenir les services de divers professionnels 	<p>En Colombie-Britannique, des équipes multidisciplinaires ont vu le jour au fur et à mesure que les cliniciens ont changé leur pratique dans le but d'améliorer les résultats pour la santé du patient. Une approche d'équipe émane de ces initiatives d'amélioration de la qualité. À ce jour, plus de 1 000 cliniciens offrent des soins en collaboration, utilisant le rappel de la population, l'examen et la technologie d'établissement de rapports.</p> <p>En plus des équipes associées à l'amélioration de la qualité, la C.-B. a 91 nouveaux modèles de soins de santé primaires (ces derniers incluent les équipes et les réseaux). Ces modèles incluent quelques-uns ou l'ensemble des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une approche multidisciplinaire; • l'accès à un plus grand nombre de données intégrées 	<p>Les services des nouveaux modèles de soins de santé primaires de la Colombie-Britannique incluent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sensibilisation au diabète; • counseling sur la consommation de substances; • promotion de la santé; • immunisation; • service de repas à domicile; • nouvelles cliniques pour les bébés; • soins ambulatoires sur les lieux; • services de laboratoire sur les lieux; • programmes de lutte contre le tabagisme. <p>Les services novateurs à l'intention des patients qui ont des besoins complexes incluent les suivants :</p> <p><i>Prise en charge personnelle par le patient :</i> Ce service veille à ce que la prise de décisions soit partagée entre l'équipe de prestataires de soins de santé et le patient.</p> <p><i>Visites cliniques des</i></p>	<p>Selon le modèle de soins de santé primaires, les patients seront inscrits sur la liste de patients de leur médecin de premier recours ou assignés au groupe.</p>

B.2 Les soins de santé primaires : équipes interprofessionnelles (suite)

	Progrès dans la mise en œuvre d'équipes interprofessionnelles	Nombre d'équipes interprofessionnelles par 10 000 habitants	Équipes interprofessionnelles nécessaires pour assurer certains services	Patients assignés à une équipe de prestataires de soins de santé particulière
	<p>de la santé pour assurer une prévention à long terme des maladies et réduire les pressions exercées sur les soins actifs et les services d'urgence;</p> <ul style="list-style-type: none"> collaborer avec un large éventail de prestataires de soins de santé, d'organismes professionnels, de régies de la santé et d'universités dans le but de trouver et de former des ressources humaines en santé à long terme; constamment assurer un perfectionnement et apporter des précisions à l'égard des rôles et des champs d'exercice. 	<p>sur le dossier de santé du patient;</p> <ul style="list-style-type: none"> des mécanismes d'assurance de la qualité; des heures prolongées; une éducation et un perfectionnement professionnel; l'intégration aux services communautaires. 	<p><i>patients en groupe</i> : Les groupes de patients qui ont des problèmes de santé complexes rencontrent une équipe de professionnels afin de discuter et d'en apprendre les uns des autres. Le contenu clinique inclut le traitement des symptômes, les pharmacothérapies et les stratégies visant à réduire les complications.</p> <p><i>Prévention structurée</i> : Le Projet de soutien de la prévention de la Colombie-Britannique met l'accent sur la prévention des maladies chroniques chez les personnes à risque âgées entre 50 et 70 ans. On compte actuellement 35 équipes qui étudient les avantages et les obstacles du système associés à la prévention structurée.</p>	
Saskatchewan	Trente-quatre équipes de soins de santé primaires couvrent approximativement 23 % de la population.	Trente-quatre équipes de soins de santé primaires couvrent approximativement 23 % de la population.		
Manitoba	À ce jour, chaque région a, dans une certaine mesure, établi et/ou implanté des équipes multidisciplinaires selon les besoins régionaux de la collectivité. La configuration des équipes multidisciplinaires est basée sur les besoins de la collectivité et sur les ressources de la région et sa capacité de fournir le prestataire	Les données ne sont pas disponibles à l'heure actuelle.	La composition et le développement des équipes évoluent en fonction de la planification de la régie régionale de la santé pour donner suite aux résultats d'évaluation de la santé communautaire. Le traitement des maladies chroniques, comme le diabète, est un domaine dans lequel le Manitoba favorise la création d'équipes multidisciplinaires	La technologie de communication de l'information est un élément essentiel au processus d'inscription des patients et à la prestation de services et de programmes de santé axés sur la collaboration. Le Manitoba répond aux besoins de la technologie de communication de l'information dans la mise au point de services de santé offerts

B.2 Les soins de santé primaires : équipes interprofessionnelles (suite)

	Progrès dans la mise en œuvre d'équipes interprofessionnelles	Nombre d'équipes interprofessionnelles par 10 000 habitants	Équipes interprofessionnelles nécessaires pour assurer certains services	Patients assignés à une équipe de prestataires de soins de santé particulière
	de soins le plus approprié au moment le plus opportun.		chargées d'offrir des services particuliers pour le traitement et la prévention du diabète.	en collaboration. Voici l'idée recherchée : les patients seront inscrits et participeront à certains programmes [à condition qu'une technologie de communication de l'information efficace et efficace soit en place pour appuyer les pratiques et les services de santé en équipe.
Ontario	<p>Il n'y a pas de composition standard pour les équipes multidisciplinaires en Ontario. La composante interdisciplinaire des modèles existants varie selon le type de pratique et le contexte. Certains des modèles sont dirigés par le prestataire, tandis que d'autres sont gérés par un conseil communautaire et ont une approche interdisciplinaire plus vaste des soins.</p> <p>Le Ministère établira 150 équipes de santé familiale à l'échelle de la province d'ici 2007.</p> <p>Chaque équipe sera composée de médecins, d'infirmières et infirmiers praticiens et d'autres prestataires de soins de santé qui mettront l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et le traitement des maladies/affections.</p> <p>Le 15 avril 2005, le Ministère a déterminé les 69 premières équipes de santé</p>	<p>Le nombre d'équipes interdisciplinaires par 10 000 habitants n'est pas actuellement disponible et ne refléterait pas de façon exacte la composition des équipes. Les équipes peuvent varier au niveau de la taille, c'est-à-dire qu'il y a de petites équipes qui desservent 2 000 à 3 000 patients plus considérables, comme la plus grande, le Group Health Centre, qui dessert 58 000 patients.</p>	<p>Les patients auront accès à des services complets de soins de santé primaires offerts par une équipe de prestataires de soins de santé primaires. Chacune des équipes de santé familiale assurera aux patients un accès aux soins après les heures habituelles grâce à des heures d'ouverture prolongées et au Service téléphonique d'aide médicale (STAM). Les équipes de santé familiale fourniront des services de santé dans divers domaines, dont le traitement des maladies chroniques, la promotion de la santé et la prévention des maladies, répondant aux besoins spécifiques et particuliers de leur collectivité. La composition des autres modèles de soins de santé primaires actuels varie, mais l'objectif d'assurer un accès complet aux services de soins de santé primaires est un objectif commun pour l'ensemble de ces modèles.</p>	<p>Selon le modèle de soins de santé primaires, les patients seront inscrits sur la liste de patients de leur médecin de premier recours ou assignés au groupe.</p>

B.2 Les soins de santé primaires : équipes interprofessionnelles (suite)

	Progrès dans la mise en œuvre d'équipes interprofessionnelles	Nombre d'équipes interprofessionnelles par 10 000 habitants	Équipes interprofessionnelles nécessaires pour assurer certains services	Patients assignés à une équipe de prestataires de soins de santé particulière
	<p>familiale qui, lorsqu'elles seront implantées, appuieront les patients de 47 collectivités à l'échelle de l'Ontario.</p> <p>À l'heure actuelle, il y a plus de 75 équipes interdisciplinaires en Ontario qui travaillent dans divers centres de santé communautaire, organismes de services de santé et pour le Group Health Centre de Sault-Sainte-Marie. Les équipes sont formées de médecins, d'infirmières et infirmiers praticiens et d'infirmières et infirmiers, et peuvent inclure divers autres prestataires interdisciplinaires, comme des travailleurs sociaux, des podologues, des physiothérapeutes, des phoniatres, des diététistes et des travailleurs en santé communautaire. De plus, un certain nombre de réseaux santé familiale (RSF) et réseaux de soins primaires ont des composantes interdisciplinaires. Dans la plupart des cas, ces composantes incluent des infirmières et infirmiers praticiens et des infirmières et infirmiers.</p>			
Québec	<p>Mille cent vingt-huit médecins et 185 infirmières et infirmiers travaillent dans des groupes de médecine familiale (GMF). On retrouve actuellement 104 GMF, et d'ici 2010, on vise 300 GMF couvrant 70 % de la population.</p>	<p>On a estimé que 104 GMF assurent des services à près de 1 550 000 personnes.</p>		<p>En date du 17 septembre 2005, 637 674 patients étaient inscrits à un GMF.</p>

B.2 Les soins de santé primaires : équipes interprofessionnelles (suite)

	Progrès dans la mise en œuvre d'équipes interprofessionnelles	Nombre d'équipes interprofessionnelles par 10 000 habitants	Équipes interprofessionnelles nécessaires pour assurer certains services	Patients assignés à une équipe de prestataires de soins de santé particulière
Nouveau-Brunswick	<p>Le Nouveau-Brunswick a établi des équipes multidisciplinaires dans ses huit centres de santé communautaire et dans une pratique en collaboration maintenant établie dans la province. Les équipes multidisciplinaires sont formées à partir d'un processus d'évaluation des besoins communautaires, ce qui détermine les services nécessaires pour répondre aux besoins en matière de soins de santé de chaque collectivité desservie par un centre de santé communautaire.</p>	<p>Le Nouveau-Brunswick a établi des équipes multidisciplinaires dans ses huit centres de santé communautaire et dans une pratique en collaboration maintenant établie dans la province.</p>	<p>Soins de santé primaires.</p>	<p>Dans certains cas, essentiellement dans les milieux de pratique en collaboration.</p>
Nouvelle-Écosse	<p>Les équipes interdisciplinaires de collaboration de la Nouvelle-Écosse ont tendance à inclure des médecins de famille, des infirmières et infirmiers généralistes, des infirmières et infirmiers praticiens et des pharmaciens. Ces membres de l'équipe essentiels sont habituellement en place, bien que d'autres membres de l'équipe et un large éventail de prestataires et de contributeurs travaillent de façon interdépendante dans de nombreux domaines.</p> <p>Les membres de l'équipe diffèrent selon les besoins de la collectivité et de la Régie de santé de district. Le Duffus Street Integrated Family Medical Centre de Halifax est un exemple d'une équipe multidisciplinaire élargie.</p>	<p>Une évaluation globale des efforts en matière de soins de santé primaires est en cours et à l'heure actuelle, on ne dispose pas de données sur le nombre d'équipes qui existent à l'échelle de la province.</p>	<p>Même si des services de soins de santé primaires de base sont en place à l'échelle de la province, certains autres services offerts par les équipes interdisciplinaires de collaboration diffèrent. Les membres de l'équipe répondent directement aux besoins des clients ou facilitent et assurent l'accès au prestataire de soins approprié ou à la bonne ressource communautaire.</p>	<p>L'inscription à une équipe des patients/clients au stade des soins de santé primaires n'est pas répandue en N.-É.</p>

B.2 Les soins de santé primaires : équipes interprofessionnelles (suite)

	Progrès dans la mise en œuvre d'équipes interprofessionnelles	Nombre d'équipes interprofessionnelles par 10 000 habitants	Équipes interprofessionnelles nécessaires pour assurer certains services	Patients assignés à une équipe de prestataires de soins de santé particulière
Île-du-Prince-Édouard	<p>Au cours des quatre dernières années, cinq centres de santé familiale ont été établis à l'échelle de la province, d'abord composés de médecins/d'infirmières et infirmiers autorisés. Deux des centres de santé familiale ont également inclus des diététistes et des travailleurs en santé mentale à temps partiel à titre de membres de l'équipe de pratique en collaboration.</p> <p>Ayant commencé avec un minimum de quatre médecins permanents et deux infirmières et infirmiers autorisés, l'idée à l'origine était d'ajouter d'autres prestataires de soins de santé au fil du temps.</p>	Cinq centres de santé familiale ont été établis à l'échelle de la province.	Les équipes en collaboration offrent les services suivant : établissement du diagnostic, traitement et gestion des maladies chroniques, soins actifs (non urgents), promotion de la santé et prévention des maladies.	Les patients sont inscrits sur la liste de patients de leur médecin de famille au centre de santé familiale de leur région géographique.
Terre-Neuve-et-Labrador	<p>Il y a huit secteurs de projets de soins de santé primaires (population minimale de 6 000 patients et population maximale de 25 000 patients), les équipes multidisciplinaires offrant des services aux populations dans les divers secteurs géographiques.</p> <p>Les processus incluent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • formation de l'équipe; • examen du champ d'exercice; • mise en œuvre d'une équipe en collaboration sur le diabète; • mise au point d'un modèle de paiement et de financement du médecin; 	Il y a huit équipes qui en sont à diverses étapes de mise en œuvre. Six autres équipes seront formées dans les six prochains mois. On prévoit qu'environ 30 équipes assureront des services à l'ensemble de la population. Comme il a été indiqué plus tôt, les équipes fourniront des services à des populations d'au moins 6 000 et d'au plus 25 000 personnes.	Des processus officiels propres au champ d'exercice ont été lancés dans tous les secteurs de projets, avec l'établissement de plans d'action pour permettre la prestation d'un service au client par le prestataire le plus approprié.	On planifie la mise à l'essai d'un processus d'inscription dans les milieux rural et urbain, et ce processus sera mis en œuvre au plus tard au début de l'automne 2006. L'objectif consiste à faire en sorte que tous les patients/clients soient inscrits auprès d'une équipe de soins de santé personnels.

B.2 Les soins de santé primaires : équipes interprofessionnelles (suite)

	Progrès dans la mise en œuvre d'équipes interprofessionnelles	Nombre d'équipes interprofessionnelles par 10 000 habitants	Équipes interprofessionnelles nécessaires pour assurer certains services	Patients assignés à une équipe de prestataires de soins de santé particulière
	<ul style="list-style-type: none"> création de liens avec divers groupes et divers professionnels. 			
Nunavut	Pas d'équipe à l'heure actuelle.	Aucune à l'heure actuelle.		
Territoires du Nord-Ouest	<p>Le ministère de la Santé et des Services sociaux a commencé la mise en œuvre de son modèle de prestation de services intégrés (MPSI). Dans le cadre de ce processus, les établissements et services médicaux font l'objet d'examen et le recours aux professionnels de la santé sera pris en considération.</p> <p>L'approche des soins de santé primaires adoptée par les T.N. O. reflète les défis géographiques et démographiques de son secteur de compétence, soit essentiellement une petite population dont 50 % des habitants vivent dans des petites collectivités éloignées. Les professionnels des soins de santé primaires incluent les suivants : les travailleurs en santé communautaire/non professionnels de la santé, les travailleurs pour le mieux-être communautaire, les infirmières et infirmiers en santé communautaire (rôle en soins infirmiers élargi), les infirmières et infirmiers praticiens, les médecins de famille, les travailleurs sociaux et les conseillers en santé mentale/toxicomanies.</p>			
Yukon	Le Yukon n'a pas de définition officielle d'une équipe multidisciplinaire, mais il s'oriente de plus	Cette information n'est pas disponible. (La population totale du Yukon est de	Non	Dans la Diabète Collaborative du Yukon, qui est actuellement tout juste mise en œuvre, un

B.2 Les soins de santé primaires : équipes interprofessionnelles (suite)

Progrès dans la mise en œuvre d'équipes interprofessionnelles	Nombre d'équipes interprofessionnelles par 10 000 habitants	Équipes interprofessionnelles nécessaires pour assurer certains services	Patients assignés à une équipe de prestataires de soins de santé particulière
<p>en plus vers des soins en collaboration accrus pour un large éventail de prestataires de soins de santé, qui peuvent être dans un même lieu ou non. Des projets de soins en collaboration sont en cours dans le domaine du traitement des maladies chroniques, à commencer par le diabète, et chez les soignants pour les personnes qui souffrent de problèmes de toxicomanie et de santé mentale concomitants. Une collaboration moins officielle est constatée et encouragée, par exemple, lors des visites chez les médecins travaillant avec des infirmières et infirmiers praticiens dans les collectivités rurales.</p>	<p>32 000 habitants, toutes les collectivités du Yukon autres que Whitehorse ayant une population de 2 000 habitants ou moins.)</p>		<p>patient sera inscrit auprès d'un « prestataire de soins le plus responsable » qui peut être un médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien communautaire dans une collectivité participante. L'inscription a lieu seulement à des fins de collecte et de suivi de l'information en vue d'améliorer la gestion de son état diabétique. Les autres membres de l'équipe auront accès à l'information par l'intermédiaire du « prestataire le plus responsable ». Autrement, les patients ne sont pas inscrits auprès d'une équipe prestataires de soins particulière ni assignés à cette dernière.</p>
<p>Le Yukon a également deux équipes multidisciplinaires de prestataires de soins de santé qui travaillent dans les collectivités, ces équipes étant composées de médecins et d'infirmières et infirmiers praticiens. Les prestataires de soins dans chacune de ces équipes travaillent ensemble afin de desservir conjointement les collectivités qu'elles couvrent.</p>			

B.3 Les ressources humaines de la santé : champ d'exercice

	<p>Comment votre secteur de compétence définit-il le terme <i>champ d'exercice</i> tel qu'il s'applique aux professionnels de la santé?</p>	<p>Dans votre secteur de compétence, y a-t-il des examens particuliers ou certaines initiatives législatives ou de réglementation actuellement en cours qui traitent des questions relatives au champ d'exercice? Planifiez-vous entreprendre un examen approfondi des divers champs d'exercice pour l'une ou l'autre des professions de la santé réglementées de votre secteur?</p>	<p>Quels sont les obstacles qui empêchent de résoudre les problèmes liés au champ d'exercice en général?</p>
<p>Colombie-Britannique</p>	<p>Le <i>champ d'exercice</i> n'est pas particulièrement défini dans les lois de la Colombie-Britannique. En vertu de la <i>Loi sur les professions de la santé</i>, le gouvernement a le pouvoir de créer des règlements qui établissent les services qui peuvent être offerts par une profession réglementée, de même que d'imposer des limites ou conditions relativement à ces services.</p>	<p>La Colombie-Britannique s'oriente davantage vers un champ d'exercice commun/un modèle d'actes réservés pour toutes les professions réglementées, selon les recommandations énoncées dans le rapport de 2001 du Conseil des professions de la santé intitulé <i>Safe Choices: A New Model for Regulating Health Professions in British Columbia</i>.</p> <p>On s'attend à ce que les recommandations du Conseil augmentent le chevauchement des champs d'exercice. Le Conseil croit qu'il n'est pas nécessaire ni utile de détailler chaque aspect du champ d'exercice d'une profession. La définition d'un champ d'exercice devrait plutôt être suffisamment descriptive, de sorte que les autres professions de la santé et les membres du public puissent comprendre ce que fait le professionnel de la santé en particulier.</p>	<p>Voici les obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le manque de coordination entre les organismes professionnels nationaux qui définissent les exigences relatives à la pratique au niveau débutant, établissent les processus de certification et contrôlent l'accréditation du programme d'enseignement postsecondaire et l'appareil de gestion stratégique et de planification du système de santé provincial. • Différents champs d'exercice et différentes exigences relativement à la pratique au niveau débutant entre les secteurs de compétence. • Coordination insuffisante entre les politiques adoptées par les programmes d'enseignement postsecondaire et les ministères de la Santé. Les établissements d'enseignement postsecondaire ont tendance à être lents pour ce qui est de donner suite aux changements de programme nécessaires qui permettraient une amélioration du champ d'exercice. • Manque de compréhension ou de responsabilisation parmi les professions quant à ce qui constitue l'intérêt du public, et aucun processus pour parvenir à une entente commune avec le gouvernement. • Augmentation de la spécialisation/division du travail. • Intérêts économiques de différentes disciplines qui se font la concurrence pour le même champ d'exercice. • Manque de compréhension et de respect mutuel à l'égard des compétences des différentes disciplines.

B.3 Les ressources humaines de la santé : champ d'exercice (suite)

	Comment votre secteur de compétence définit-il le terme <i>champ d'exercice</i> tel qu'il s'applique aux professionnels de la santé?	Dans votre secteur de compétence, y a-t-il des examens particuliers ou certaines initiatives législatives ou de réglementation actuellement en cours qui traitent des questions relatives au champ d'exercice? Planifiez-vous entreprendre un examen approfondi des divers champs d'exercice pour l'une ou l'autre des professions de la santé réglementées de votre secteur?	Quels sont les obstacles qui empêchent de résoudre les problèmes liés au champ d'exercice en général?
Saskatchewan	<p>Il y a un champ d'exercice global pour la profession qui est défini en vertu des règles/lois/règlements régissant la profession. Cela permet d'établir les limites externes de la pratique de la profession. Le champ d'exercice individuel est généralement plus étroit que le champ pour la profession elle-même. Il est fondé sur la base de connaissances du professionnel, le contexte de pratique, les besoins d'emploi et les besoins du patient. Occuper son champ d'exercice au complet signifie que le professionnel travaille dans les limites du champ d'exercice réglementé à son niveau de compétence individuel basé sur sa scolarité, son expérience et les besoins dans son secteur d'emploi.</p>	<p>On ne prévoit pas d'examen à l'heure actuelle. Toutefois, dans l'élaboration du plan d'action provincial sur les effectifs de la santé, les champs d'exercice et le rôle des organismes de réglementation dans la définition de ce champ d'exercice sont des questions qui ont été soulevées et auxquelles on doit répondre.</p> <p>Nous collaborons avec nos organismes de réglementation de la profession infirmière afin de mieux comprendre le chevauchement des champs d'exercice entre les infirmières et infirmiers autorisés, les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés et les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés.</p>	<p>Voici les obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de compréhension des champs d'exercice individuels et des professionnels et de la façon d'utiliser au mieux chaque professionnel de la santé dans le milieu de travail. • Besoin d'une plus grande clarté au sujet du rôle des gouvernements, des organismes de réglementation et des employeurs, c'est-à-dire qui définit le champ d'exercice.
Manitoba	<p>Le <i>champ d'exercice</i> décrit les activités auxquelles un professionnel de la santé peut s'adonner en toute sécurité à la suite de ses études et de sa formation.</p>	<p>Ces dernières années, il y a eu un examen continu des champs d'exercice de quelques professions de la santé. Au cours des dernières séances législatives, une législation de réglementation nouvelle ou modifiée des professions de la santé a été introduite. Les champs d'exercice des professions actuellement réglementées semblent constamment prendre de l'expansion, et le Manitoba a reçu de nombreuses demandes d'établissement d'une législation d'autonomie administrative de la part de groupes non réglementés.</p> <p>Aucune décision n'a été prise à l'heure actuelle quant aux plans futurs d'examiner les champs d'exercice.</p>	<p>Les efforts de protection et d'expansion des territoires empêchent la résolution des problèmes. Ce qui était auparavant des « champs d'exercice exclusifs » n'existe plus. Par exemple, divers professionnels de la santé offrent maintenant des « services médicaux » (p. ex., sages-femmes, infirmières et infirmiers praticiens) et des « services dentaires » (p. ex., hygiénistes dentaires).</p>

B.3 Les ressources humaines de la santé : champ d'exercice (suite)

	Comment votre secteur de compétence définit-il le terme <i>champ d'exercice</i> tel qu'il s'applique aux professionnels de la santé?	Dans votre secteur de compétence, y a-t-il des examens particuliers ou certaines initiatives législatives ou de réglementation actuellement en cours qui traitent des questions relatives au champ d'exercice? Planifiez-vous entreprendre un examen approfondi des divers champs d'exercice pour l'une ou l'autre des professions de la santé réglementées de votre secteur?	Quels sont les obstacles qui empêchent de résoudre les problèmes liés au champ d'exercice en général?
Ontario	<p>Chaque profession de la santé réglementée comporte dans sa législation un énoncé sur le champ d'exercice qui décrit de façon générale ce que fait la profession et les méthodes qu'elle utilise. Les champs d'exercice des professions de la santé réglementées en Ontario ne sont pas exclusifs et peuvent se chevaucher à un tel point que plusieurs professions de la santé peuvent accomplir les mêmes activités, donnant le choix aux Ontariens.</p>	<p>Le 7 février 2005, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a demandé au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS), un organisme établi en vertu de la <i>Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées</i> (LPSR), de donner des conseils indépendants au ministre sur les questions liées à la réglementation des professions de la santé en Ontario considérant, entre autres, les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • déterminer si les techniciens en pharmacie/assistants, les homéopathes, les kinésithérapeutes et les psychothérapeutes devraient être réglementés en vertu de la LPSR, et, dans l'affirmative, quels devraient être leurs champs d'exercice; • déterminer si le champ d'exercice des opticiens (réfractométrie) et des optométristes (prescrivant des agents pharmaceutiques thérapeutiques) devrait être modifié. <p>Le ministre a demandé au CCRPS de faire connaître ses conseils d'ici avril 2006.</p> <p>En Ontario, on compte 23 professions de la santé réglementées.</p>	<p>Des obstacles législatifs, réglementaires et institutionnels (p. ex., politiques et pratiques de l'employeur) peuvent empêcher de résoudre les problèmes liés au champ d'exercice.</p>
Québec		<p>Au cours des 12 derniers mois, des efforts ont été déployés conjointement entre le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, la Fédération</p>	

B.3 Les ressources humaines de la santé : champ d'exercice (suite)

	<p>Comment votre secteur de compétence définit-il le terme <i>champ d'exercice</i> tel qu'il s'applique aux professionnels de la santé?</p>	<p>Dans votre secteur de compétence, y a-t-il des examens particuliers ou certaines initiatives législatives ou de réglementation actuellement en cours qui traitent des questions relatives au champ d'exercice? Planifiez-vous entreprendre un examen approfondi des divers champs d'exercice pour l'une ou l'autre des professions de la santé réglementées de votre secteur?</p>	<p>Quels sont les obstacles qui empêchent de résoudre les problèmes liés au champ d'exercice en général?</p>
		<p>des médecins omnipraticiens du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le but de mettre en place les règlements nécessaires pour introduire de nouvelles pratiques professionnelles, notamment les infirmières et infirmiers praticiens spécialisés en cardiologie, en médecine néonatale et en néphrologie.</p>	
<p>Nouveau-Brunswick</p>	<p>Le terme <i>champ d'exercice</i> renvoie aux rôles et aux responsabilités du profil de compétence d'un professionnel de la santé (ou d'un employé) (c.-à-d. les bonnes compétences obtenues et transférées à la suite d'une formation officielle, d'une formation en cours d'emploi et d'autres expériences de vie pertinentes, pour répondre de façon efficiente et efficace aux demandes inhérentes à la profession ou au poste actuel).</p>	<p>En septembre 2005, le Nouveau-Brunswick a annoncé des changements en relation avec le rôle des infirmières et infirmiers travaillant dans les salles d'urgence d'hôpitaux, changements qui permettraient aux infirmières et infirmiers autorisés d'examiner et de traiter les patients et de leur accorder leur congé lorsqu'ils ne nécessitent pas les soins d'un médecin.</p> <p>La collaboration avec les associations de réadaptation a également commencé en préparation à l'introduction d'un personnel de soutien à la réadaptation « officiellement formé » chargé de traiter des problèmes liés au champ d'exercice, y compris la délégation des tâches, la supervision et autres, dans la mesure où ils s'appliquent aux soins aux patients.</p> <p>Le Nouveau-Brunswick a établi un réseau provincial examinant l'optimisation des rôles pour les fournisseurs de soins infirmiers, mettant l'accent sur les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés.</p>	<p>Chez les professionnels de la santé, on constate qu'il y a souvent une mauvaise compréhension des rôles et des responsabilités des autres, peut-être en raison d'un manque d'exposition à la collaboration entre les professions. Les écrits révèlent qu'une telle exposition est essentielle dès le tout début, c'est-à-dire à partir de la formation (avant l'obtention du permis d'exercer) jusqu'à l'obtention du permis d'exercer, pour que les professionnels des soins de santé soient adéquatement préparés aux défis à relever et pour qu'ils soient au courant des possibilités qui s'offriront à eux à titre de fournisseurs de soins de première ligne. Cette exposition est particulièrement importante au Nouveau-Brunswick où les réformes des soins de santé primaires et la santé de la population représentent les principaux objectifs du nouveau Régime de santé provincial de 2004-2008.</p>

B.3 Les ressources humaines de la santé : champ d'exercice (suite)

	Comment votre secteur de compétence définit-il le terme <i>champ d'exercice</i> tel qu'il s'applique aux professionnels de la santé?	Dans votre secteur de compétence, y a-t-il des examens particuliers ou certaines initiatives législatives ou de réglementation actuellement en cours qui traitent des questions relatives au champ d'exercice? Planifiez-vous entreprendre un examen approfondi des divers champs d'exercice pour l'une ou l'autre des professions de la santé réglementées de votre secteur?	Quels sont les obstacles qui empêchent de résoudre les problèmes liés au champ d'exercice en général?
Nouvelle-Écosse	Le <i>champ d'exercice</i> est l'éventail de compétences pour lesquelles un clinicien est adéquatement formé.	Il n'y a pas de plan à l'heure actuelle.	Questions de responsabilité professionnelle/droit de la responsabilité délictuelle
Île-du-Prince-Édouard	L'Î.-P.É. a recours aux organismes de réglementation professionnels comme guide pour définir les <i>limites</i> et le <i>champ d'exercice</i> , et ce qui pourrait être déterminé dans la loi. Il cherche également à définir le <i>champ</i> dans les limites de la formation des effectifs, en général, et des compétences individuelles particulières.	Les Licensed Practical Nurses Regulatory Board et Association ont récemment terminé le projet sur les compétences des IAA visant à définir les compétences au niveau débutant. Les travaux sont en cours dans le but d'introduire les infirmières et infirmiers praticiens dans le système de santé de l'Î.-P.É. Le gouvernement n'est pas au courant s'il y a d'autres initiatives similaires liées à d'autres professions à l'heure actuelle.	Manque de clarté et une certaine confusion au sujet des rôles <ul style="list-style-type: none"> entre les employeurs et le personnel; entre les professions.
Terre-Neuve-et-Labrador	On décrit généralement le <i>champ d'exercice</i> comme l'éventail des rôles, des fonctions, des responsabilités et des activités pour lesquels une profession de la santé en particulier a reçu la formation et l'autorisation nécessaires.	Plusieurs examens législatifs sont en cours ou ont été réalisés au sujet de l'expansion ou de la précision du champ d'exercice. Ils incluent notamment des modifications à la <i>Pharmacy Act</i> et à la <i>Optometry Act</i> , de même que des changements proposés aux règlements applicables aux infirmières et infirmiers praticiens en vertu de la <i>Loi sur les infirmières</i> . Dans l'immédiat, on ne prévoit pas entreprendre d'examen exhaustifs des champs d'exercice des professions réglementées. Toutefois, le Bureau des soins de santé primaires a proposé un processus visant à résoudre les problèmes reliés au champ d'exercice au sein des équipes de soins de santé primaires.	Les obstacles à la résolution des problèmes liés au champ d'exercice incluent notamment la législation, les conventions collectives, un manque de personnel ou des pratiques de dotation irrégulières pour le personnel auxiliaire et autre, différents niveaux de compétence chez les membres d'une profession particulière, les limites géographiques, de même que les politiques, les procédures et les préférences, au niveau de l'employeur. Autrement, une certaine rigidité dans l'application du champ d'exercice pourrait signifier une augmentation des niveaux de dotation dans certains secteurs ruraux, des divisions du travail qui réduisent la souplesse du milieu de travail et d'autres répercussions imprévues.

B.3 Les ressources humaines de la santé : champ d'exercice (suite)

	Comment votre secteur de compétence définit-il le terme <i>champ d'exercice</i> tel qu'il s'applique aux professionnels de la santé?	Dans votre secteur de compétence, y a-t-il des examens particuliers ou certaines initiatives législatives ou de réglementation actuellement en cours qui traitent des questions relatives au champ d'exercice? Planifiez-vous entreprendre un examen approfondi des divers champs d'exercice pour l'une ou l'autre des professions de la santé réglementées de votre secteur?	Quels sont les obstacles qui empêchent de résoudre les problèmes liés au champ d'exercice en général?
Nunavut		On prévoit travailler sur de nouveaux règlements et de nouvelles législations sur la profession de sage-femme. Une expansion du champ d'exercice des infirmières et infirmiers praticiens et des changements législatifs/de réglementation sont en suspens, et un examen du champ d'exercice des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés a été entamé.	
Territoires du Nord-Ouest	Les lois applicables aux professionnels de la santé, notamment les médecins, les dentistes, les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, les mécaniciens-dentistes, les psychologues, les optométristes et les pharmaciens ne contiennent pas de champ d'exercice défini et consistent essentiellement en un cadre en vertu duquel on donne à ces professionnels l'autorisation d'exercer. Dans la plus récente législation régissant la profession d'infirmière et de sage-femme, le ministre approuve également les normes et/ou lignes directrices pour la pratique de ces professions. Le petit nombre de professionnels et le manque de collègues dans les T.N.-O. continueront de représenter un défi quant à la résolution des problèmes liés au champ d'exercice.	Les T.N.-O. ont récemment terminé d'apporter des changements à la <i>Loi sur la profession infirmière</i> de façon à inclure le rôle des infirmières et infirmiers praticiens et ont implanté une <i>Loi sur la profession de sage-femme</i> . Les T.N.-O. ne prévoient pas prochainement d'autres initiatives législatives ou de réglementation traitant particulièrement du champ d'exercice.	Certains obstacles sont de nature législative. Ils peuvent être évités par l'introduction de changements législatifs, comme il a été fait avec les lois réglementant les infirmières et infirmiers praticiens et les sages-femmes. La résistance au changement, p. ex., un client qui préfère voir un médecin plutôt qu'une infirmière ou un infirmier praticien, est un obstacle possible à l'utilisation appropriée des professionnels de la santé.
Yukon	Les lois territoriales ne définissent pas de façon spécifique le <i>champ d'exercice</i> , mais la <i>Loi sur les professions de la santé</i> renvoie au pouvoir de créer des règlements en ce qui a trait aux « services qui peuvent être offerts par les	Aucun examen particulier n'est prévu à l'heure actuelle. Les travaux récents ont porté principalement sur les professions souhaitant devenir une profession autorisée et réglementée au Yukon	Les obstacles incluent divers facteurs : la protection des intérêts professionnels et plus de chevauchement entre les professions, puisqu'elles sont maintenant formées pour accomplir un plus large éventail

B.3 Les ressources humaines de la santé : champ d'exercice (suite)

<p>Comment votre secteur de compétence définit-il le terme <i>champ d'exercice</i> tel qu'il s'applique aux professionnels de la santé?</p>	<p>Dans votre secteur de compétence, y a-t-il des examens particuliers ou certaines initiatives législatives ou de réglementation actuellement en cours qui traitent des questions relatives au champ d'exercice? Planifiez-vous entreprendre un examen approfondi des divers champs d'exercice pour l'une ou l'autre des professions de la santé réglementées de votre secteur?</p>	<p>Quels sont les obstacles qui empêchent de résoudre les problèmes liés au champ d'exercice en général?</p>
<p>membres autorisés de la profession », avec comme commentaire que ce paragraphe renvoie à des règlements propres aux services qu'une profession de la santé peut offrir et à toute limite relative à ces services.</p>	<p>en vertu de la <i>Loi sur les professions de la santé</i> du Yukon (comme il s'est produit récemment avec les physiothérapeutes).</p> <p>Le Yukon examine également les cas dans lesquels des précisions pourraient être nécessaires concernant les pouvoirs et les exigences des diverses professions de la santé pendant une intervention sanitaire d'urgence, grâce au travail de planification de l'état de préparation aux situations d'urgence.</p>	<p>de compétences; une formation plus vaste rend les distinctions évidentes/obstacles dans les champs d'exercice plus difficiles à déterminer.</p>

B.4 Les ressources humaines de la santé : plans et études

	Plan d'action diffusé (oui ou non)	Examens visant à déterminer la sous-utilisation ou surutilisation des compétences par les diverses professions de la santé dans le secteur
Gouvernement fédéral	Non	
Colombie-Britannique	Non	Il n'y a actuellement aucun examen en cours.
Alberta	Non	
Saskatchewan	Oui	La province n'a pas entrepris d'examen; toutefois, la Saskatchewan Association of License Practical Nurses (SALPN) et la Saskatchewan Registered Nurses Association (SRNA) ont interrogé leurs membres sur les problèmes en milieu de travail et l'utilisation des compétences.
Manitoba	Non	Le gouvernement a examiné le champ d'exercice en prenant en considération que des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés travaillent dans des contextes de soins actifs.
Ontario	Oui	Le <i>Report on the Integration of Primary Health Care Nurse Practitioners into the Province of Ontario</i> a été commandé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et a été diffusé en 2004. Dans le rapport, on a soulevé les éléments facilitants et les obstacles relatifs à l'intégration des infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires (IIPSSP), en plus de décrire les contextes de pratique dans lesquels ils travaillent. On a créé une équipe de travail conjointe composée d'intervenants à l'externe dans le but de surveiller la mise en œuvre des 29 recommandations du rapport.
Québec	Oui	
Nouveau-Brunswick	Oui	
Nouvelle-Écosse	Oui	Pas d'examens prévus à l'heure actuelle.
Île-du-Prince-Édouard	Oui	Le projet de compétences des IAA vise à déterminer des façons d'accroître l'utilisation des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés. L'Î.-P.-É. mène actuellement une enquête sur la formation d'infirmière dans laquelle on demande à tous les IAA et les IA de la province de préciser leurs besoins et leurs souhaits en matière de formation.
Terre-Neuve-et-Labrador	Non	<i>Sous-utilisation des compétences</i> : le gouvernement de T.-N.-L. s'est engagé à travailler avec les régies régionales intégrées de la santé pour établir un cadre sur l'éventail des compétences qui assure le bon dosage et la bonne utilisation des professionnels de la santé. Certains travaux préliminaires ont été effectués à cet égard; toutefois, la réorganisation du système a retardé cette initiative. D'autres activités sont prévues à l'automne 2005.
Nunavut	Oui	
Territoires du Nord-Ouest	Oui	Le ministère de la Santé et des Services sociaux a débuté la mise en œuvre de son Modèle de prestation de services intégrés (MPSI). Dans le cadre de ce processus, les installations et services médicaux font l'objet d'examens, et l'utilisation de professionnels de la santé sera prise en considération.
Yukon	Non	Aucun examen particulier.

B.5 Les ressources humaines de la santé : programmes fédéraux

Planification des ressources humaines de la santé	Formation interprofessionnelle	Recrutement et maintien des effectifs
<p>Activités visant à améliorer la collecte des données, y compris ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financement de l'élaboration d'un ensemble minimal de données. • Financement de la collecte de données sur deux indicateurs de l'éducation : choix et changements de carrière; attrition. <p>Activités visant à accroître la capacité de planifier les ressources humaines de la santé, ce qui comprend des mesures de financement et de participation en ce qui concerne les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'une base de données sur les capacités de modélisation des secteurs de compétence. • Avec l'ensemble des provinces et des territoires sans le Québec, élaboration d'un cadre pancanadien de planification des ressources humaines de la santé (RHS). • Demande, modélisation et collaboration avec les secteurs de compétence pour un inventaire des modèles RHS. 	<p>Appuyé la mise au point de pratiques exemplaires, de la collecte de renseignements, de documents de travail.</p> <p>Financé 11 projets axés sur la formation interprofessionnelle.</p>	<p>Financer des projets visant à mettre au point des stratégies de recrutement et de maintien des médecins en milieu rural.</p> <p>Financer un projet visant à rehausser l'image de la médecine familiale, à augmenter le rôle de la médecine familiale dans les programmes de l'école de médecine et à augmenter le soutien aux médecins de famille dans le secteur des soins primaires.</p> <p>Financement commun d'une campagne de promotion pour une meilleure sensibilisation aux avantages d'une carrière dans les professions de la santé.</p> <p>Un certain nombre d'initiatives visant à améliorer la capacité qu'ont les pays d'octroyer des licences aux prestataires de soins de santé formés à l'étranger, y compris ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consentir des fonds aux provinces et aux territoires afin qu'ils soient davantage capables d'évaluer les prestataires de soins de santé formés à l'étranger. • Financement de l'élaboration de stratégies communes pour l'évaluation des prestataires de soins de santé formés à l'étranger. • Financer la mise au point d'information de site Web d'information sur le processus relatif à l'autorisation d'exercer pour les médecins formés à l'étranger. • Établissement d'un service national de vérification des titres de compétence. • Financement de la mise au point d'un outil d'autoévaluation à l'intention des médecins. • Financement de l'élaboration d'un programme Web d'apprentissage des aspects culturels, juridiques, éthiques et organisationnels de la pratique médicale au Canada.

B.6 Les soins à domicile : couverture actuelle des services

	Le panier des services offerts pendant deux semaines couvre maintenant (sans frais) :		Expansions prévues
	Soins actifs à domicile de courte durée, y compris la gestion de cas, les soins infirmiers, les soins personnels et les médicaments intraveineux reliés au diagnostic posé au moment du congé	Soins communautaires actifs en santé mentale de courte durée, y compris la gestion de cas et l'intervention en situation de crise	Soins de fin de vie, y compris les soins infirmiers, les médicaments propres aux soins palliatifs et les soins personnels
Gouvernement fédéral	Le gouvernement fédéral offre des services de soins à domicile aux Premières nations dans les réserves et aux Inuits dans les collectivités désignées, aux membres des Forces armées et de la GRC, aux détenus sous responsabilité fédérale et aux anciens combattants admissibles.		Dans les cas où la prestation des services est possible, le gouvernement fédéral offre des services de soins communautaires et à domicile aux populations qu'il dessert, dépassant le niveau des paniers de services offerts pendant deux semaines envers lesquels il s'est engagé dans l'Accord de 2003 et le plan décennal de 2004.
Colombie-Britannique	<p>Les soins infirmiers à domicile incluent notamment les services professionnels offerts aux clients de la collectivité par des infirmières et infirmiers autorisés offrant des soins infirmiers à domicile dans des cas non urgents. Ils aident les clients qui ont des besoins en matière de soins actifs de courte durée découlant d'un séjour à l'hôpital.</p> <p>Médicaments intraveineux La C.-B. assure l'accès aux médicaments médicalement nécessaires, de même qu'aux fournitures pour infusion intraveineuse et au matériel aux clients qui ont des besoins en matière de soins actifs de courte durée découlant d'un séjour à l'hôpital.</p>	<p>Au cours de la dernière année, il y a eu d'importants investissements dans les stratégies communautaires sur la santé mentale. La C.-B. a élaboré diverses initiatives visant à améliorer les résultats pour la santé des personnes souffrant de troubles mentaux et/ou de problèmes de consommation de substances, de leur famille et des collectivités dans lesquelles elles vivent. L'intervention en situation de crise et la gestion de cas font partie de ce continuum de soins.</p> <p>Intervention en situation de crise La C.-B. offre des services d'évaluation et d'intervention en situation de crise aux personnes dans le but</p>	

B.6 Les soins à domicile : couverture actuelle des services (suite)

	Le panier des services offerts pendant deux semaines couvre maintenant (sans frais) :			Expansions prévues
	<p>Soins actifs à domicile de courte durée, y compris la gestion de cas, les soins infirmiers, les soins personnels et les médicaments intraveineux reliés au diagnostic posé au moment du congé</p>	<p>Soins communautaires actifs en santé mentale de courte durée, y compris la gestion de cas et l'intervention en situation de crise</p>	<p>Soins de fin de vie, y compris les soins infirmiers, les médicaments propres aux soins palliatifs et les soins personnels</p>	
	<p>Soins personnels La Colombie-Britannique offre un programme de soutien à domicile dans l'ensemble des régions de la santé pour les clients qui ont des besoins en matière de soins actifs de courte durée découlant d'un séjour à l'hôpital. Le programme est fondé sur un examen du revenu, mais depuis le 1^{er} avril 2005, la participation aux coûts pour les deux premières semaines de prestation du soutien à domicile au moyen de soins personnels postactifs a été éliminée en réponse aux engagements pris dans l'Accord de 2003 des premiers ministres.</p> <p>Gestion de cas La province offre des services d'évaluation et de coordination des soins aux clients qui ont des besoins en soins actifs de courte durée découlant d'un séjour à l'hôpital.</p>	<p>de minimiser le risque de méfaits à elles-mêmes/aux autres et de ramener la personne à un niveau de fonctionnement qui ne nécessite pas une prestation continue d'un niveau de soins urgent/émergent. Ces personnes sont également aiguillées vers des soins et un traitement de suivi. L'intervention en cas de crise inclut notamment des services précédant et suivant l'hospitalisation, comme la stabilisation à domicile, les équipes volantes d'intervention en situation de crise et les lits communautaires pour une stabilisation en situation de crise.</p> <p>Gestion de cas La province offre des services d'évaluation et de coordination des soins aux clients qui ont des besoins en soins actifs de courte durée découlant d'un séjour à l'hôpital. Les services de gestion de cas à court et à plus long terme sont offerts grâce aux services communautaires actuels en santé mentale.</p>		
<p>Alberta</p>	<p>Les détails actuels sur le programme n'étaient pas disponibles pour ce rapport.</p>	<p>Les détails actuels sur le programme n'étaient pas disponibles pour ce rapport.</p>	<p>Les détails actuels sur le programme n'étaient pas disponibles pour ce rapport.</p>	<p>Le plan d'activités pour les stratégies sur la santé et le mieux-être de l'Alberta inclut une collaboration avec les</p>

B.6 Les soins à domicile : couverture actuelle des services (suite)

Le panier des services offerts pendant deux semaines couvre maintenant (sans frais) :			Expansions prévues	
Soins actifs à domicile de courte durée, y compris la gestion de cas, les soins infirmiers, les soins personnels et les médicaments intraveineux reliés au diagnostic posé au moment du congé	Soins communautaires actifs en santé mentale de courte durée, y compris la gestion de cas et l'intervention en situation de crise	Soins de fin de vie, y compris les soins infirmiers, les médicaments propres aux soins palliatifs et les soins personnels	régions dans le but de coordonner l'accès aux services de soins continus comme les soins à domicile. Le gouvernement de l'Alberta a établi le Fonds d'innovation en matière de santé mentale, qui recevra 25 millions de dollars pour chacune des trois prochaines années dans le but d'établir un plus grand nombre d'options en santé mentale axées sur la collectivité et les établissements de répondre aux divers besoins actuels dans les services, comme la santé mentale chez les enfants et de faciliter la progression des priorités régionales en santé mentale.	
Saskatchewan	Les services incluent notamment les suivants : gestion de cas, soins infirmiers, soins personnels et thérapie intraveineuse à domicile, sans frais pour le patient. Les services de soins personnels (en vigueur depuis le 1 ^{er} octobre 2005) sont offerts sans frais pour le patient pour une période allant jusqu'à 14 jours.	À l'heure actuelle, les services communautaires postactifs en santé mentale pour les personnes qui quittent les unités de psychiatrie sont offerts gratuitement, mais à des niveaux irréguliers, par les diverses régies régionales de la santé : <ul style="list-style-type: none"> • Certains services de gestion de cas et de soutien sont offerts. • Le soutien à domicile offert est irrégulier. • Un service d'intervention en situation de crise est offert seulement dans 	Les soins à domicile de fin de vie incluent notamment la gestion de cas, les soins infirmiers, les soins personnels et les produits pharmaceutiques propres aux soins palliatifs, sans frais pour le patient ou sa famille et sans calendrier particulier.	Les soins actifs à domicile en santé mentale nécessiteront le plus grand degré de développement et de mise en œuvre par la province de façon à respecter les engagements de l'Accord.

B.6 Les soins à domicile : couverture actuelle des services (suite)

Le panier des services offerts pendant deux semaines couvre maintenant (sans frais) :			Expansions prévues
Soins actifs à domicile de courte durée, y compris la gestion de cas, les soins infirmiers, les soins personnels et les médicaments intraveineux reliés au diagnostic posé au moment du congé	Soins communautaires actifs en santé mentale de courte durée, y compris la gestion de cas et l'intervention en situation de crise	Soins de fin de vie, y compris les soins infirmiers, les médicaments propres aux soins palliatifs et les soins personnels	
	certaines centres, mais la province améliore la Ligne santé (HealthLine) dans le but d'augmenter l'intervention en situation de crise.		
Manitoba	<p>La gestion de cas, les soins infirmiers, les soins personnels et les médicaments intraveineux sont des services offerts gratuitement aux clients à l'échelle de la province grâce au programme de soins à domicile de la régie régionale de la santé, selon l'évaluation des besoins et jusqu'à un niveau comparable à celui des services offerts dans un foyer de soins personnels.</p> <p>Les besoins communautaires de soins actifs en santé mentale de courte durée au Manitoba sont la plupart du temps comblés grâce au programme de santé mentale offert par la régie régionale de la santé respective, distinct du programme de soins à domicile.</p> <p>De plus, le programme de soins à domicile du Manitoba a financé certains services de soins à domicile à plus long terme pour les personnes ayant des besoins en santé mentale :</p> <p>1) <i>Modèle de coordination de la santé</i> : Le service d'intervention en situation de crise et le soutien et la formation en dynamique de vie sont offerts par les responsables de la santé mentale communautaire aux 40 clients desservis par ce modèle dans la collectivité de la régie régionale de la santé de Winnipeg.</p> <p>2) <i>Projet de formation polyvalente</i> : Les aides</p>	<p>La gestion de cas pour les soins de fin de vie, les soins infirmiers et les soins personnels sont offerts dans toutes les régions du Manitoba par le programme de soins à domicile, sauf à Winnipeg, où ces services sont administrés par le département de médecine.</p> <p>L'accès aux médicaments propres aux soins palliatifs est assuré grâce au Programme d'accès gratuit aux médicaments pour soins palliatifs, financé par le gouvernement du Manitoba.</p>	Le niveau de service actuel du Manitoba dépasse l'engagement des premiers ministres énoncé dans le plan décennal de 2004.

B.6 Les soins à domicile : couverture actuelle des services (suite)

	Le panier des services offerts pendant deux semaines couvre maintenant (sans frais) :	Expansions prévues	
	<p>Soins actifs à domicile de courte durée, y compris la gestion de cas, les soins infirmiers, les soins personnels et les médicaments intraveineux reliés au diagnostic posé au moment du congé</p>	<p>Soins communautaires actifs en santé mentale de courte durée, y compris la gestion de cas et l'intervention en situation de crise</p> <p>Soins de fin de vie, y compris les soins infirmiers, les médicaments propres aux soins palliatifs et les soins personnels</p>	
	<p>aux soins de santé à domicile sont également formées pour offrir des services de « procureurs » accessibles à partir d'un établissement d'hébergement particulier qui offre des services aux personnes qui ont des besoins complexes en matière de soins de santé et de santé mentale. Les aides/responsables sont en mesure d'offrir un service d'intervention en situation de crise et un soutien et une formation en dynamique de vie, de même qu'un service direct pour les besoins physiques.</p>		
<p>Ontario</p>	<p>Respecte et dépasse l'engagement des premiers ministres. Les soins infirmiers, le soutien personnel et les services d'entretien sont offerts gratuitement* pour l'utilisateur pour une période pouvant aller jusqu'à deux semaines, conformément aux maximums autorisés par la loi.</p> <p>Il n'y a pas de maximum relatif au service pour les autres services de soins à domicile.</p> <p>Les clients des soins à domicile sont les bénéficiaires du Programme de médicaments de l'Ontario; ainsi, ils</p>	<p>Les services de gestion de cas et d'intervention en situation de crise sont offerts gratuitement* pour une période pouvant aller jusqu'à deux semaines aux résidents utilisateurs, y compris les personnes sans abri, conformément au guide d'utilisation du MSSLD à l'intention des organismes de traitement des toxicomanies et de santé mentale financés par le ministère.</p> <p>* Le droit de subroger est conservé. Les organismes peuvent exiger des droits contre remboursement des frais pour des services connexes qui ne sont</p>	<p>La gestion de cas, les soins infirmiers, les médicaments propres aux soins palliatifs et les soins personnels sont offerts à la fin de la vie.</p> <p>Le niveau des services est conforme aux maximums autorisés par la loi pour les soins actifs de courte durée. Dans des circonstances exceptionnelles, le nombre maximal d'heures de service pour un soutien personnel et des services d'entretien peut être dépassé pour une période pouvant aller jusqu'à 30 jours.</p>

B.6 Les soins à domicile : couverture actuelle des services (suite)

	Le panier des services offerts pendant deux semaines couvre maintenant (sans frais) :			Expansions prévues
	Soins actifs à domicile de courte durée, y compris la gestion de cas, les soins infirmiers, les soins personnels et les médicaments intraveineux reliés au diagnostic posé au moment du congé	Soins communautaires actifs en santé mentale de courte durée, y compris la gestion de cas et l'intervention en situation de crise	Soins de fin de vie, y compris les soins infirmiers, les médicaments propres aux soins palliatifs et les soins personnels	
	reçoivent les médicaments figurant sur les formulaires du Programme de médicaments de l'Ontario, des médicaments intraveineux et des fournitures pour lesquels ils déboursent un paiement partagé de 2 à 6 \$ par prescription, selon leur revenu; ceux qui reçoivent des services de santé professionnels, peu importe le revenu, déboursent seulement 2 \$ par prescription.	pas financés par le MSSLD, sous approbation par écrit.		
	* Le droit de subroger est conservé. Les organismes peuvent exiger des droits contre remboursement des frais pour des services connexes qui ne sont pas financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), sous approbation par écrit.			
Québec	La politique de soutien à domicile « <i>Chez soi : Le premier choix</i> » a été introduite pour les personnes dont l'état de santé exige qu'elles restent à la maison ou qu'elles retournent à la maison après avoir reçu des soins dans un établissement, sans égard à leur problème, de même que pour leur famille et leurs proches.	Les détails actuels du programme n'étaient pas disponibles pour ce rapport.	Les détails actuels du programme n'étaient pas disponibles pour ce rapport.	On a annoncé une politique sur la mise en œuvre de services de soins palliatifs au cours des quelques prochaines années, ayant comme objectif d'accroître le nombre de personnes recevant des services de soins palliatifs de plus haut niveau à la fin de la vie. La politique appuie notamment : <ul style="list-style-type: none"> • les besoins et les choix des utilisateurs;

B.6 Les soins à domicile : couverture actuelle des services (suite)

	Le panier des services offerts pendant deux semaines couvre maintenant (sans frais) :			Expansions prévues
	Soins actifs à domicile de courte durée, y compris la gestion de cas, les soins infirmiers, les soins personnels et les médicaments intraveineux reliés au diagnostic posé au moment du congé	Soins communautaires actifs en santé mentale de courte durée, y compris la gestion de cas et l'intervention en situation de crise	Soins de fin de vie, y compris les soins infirmiers, les médicaments propres aux soins palliatifs et les soins personnels	
	<p>Les détails actuels du programme n'étaient pas disponibles pour ce rapport.</p> <p>Depuis juillet 2004, 31 projets novateurs ont été implantés en partenariat avec les autorités locales en matière de logement, les organismes communautaires ou les coopératives de services à domicile pour permettre à 500 citoyens âgés ayant perdu une grande partie de leur autonomie de demeurer dans un milieu de vie familial avec leurs proches, évitant ainsi la rupture de leurs liens sociaux (c.-à-d. être envoyés dans un établissement d'hébergement).</p> <p>Les établissements du réseau de services sociaux et de santé offrent des services sociaux et de santé; les autres services, comme l'hébergement, relèvent d'un autre partenaire.</p>			<ul style="list-style-type: none"> le fait de maintenir les utilisateurs dans leur milieu de vie naturel; le soutien de la famille et des proches. <p>La politique fera la promotion d'un accès continu à des services de qualité (médicaux, infirmiers et pharmaceutiques), que ce soit au domicile de la personne, dans un établissement ou au service des soins palliatifs, de même que l'accès aux lits en soins palliatifs, en particulier au Québec.</p>
Nouveau-Brunswick	Le Programme extramural offre des services de soins de santé à domicile, y compris l'évaluation, l'intervention (traitement, éducation et consultation), la planification des services et la coordination assurés par des équipes	Le Programme extramural offre des services de soins de santé à domicile, y compris l'évaluation, l'intervention (traitement, éducation et consultation), la planification des services et la coordination (voir première colonne).	Le Programme extramural offre des services de soins de santé à domicile, y compris l'évaluation, l'intervention (traitement, éducation et consultation), la planification des services et la coordination (voir première colonne).	En vertu du plan de la santé <i>Un avenir en santé</i> , les travaux associés à l'engagement d'étendre les soins actifs, les services en situation de crise de santé mentale et les services palliatifs sont en cours, avec l'introduction de

B.6 Les soins à domicile : couverture actuelle des services (suite)

	Le panier des services offerts pendant deux semaines couvre maintenant (sans frais) :			Expansions prévues
	Soins actifs à domicile de courte durée, y compris la gestion de cas, les soins infirmiers, les soins personnels et les médicaments intraveineux reliés au diagnostic posé au moment du congé	Soins communautaires actifs en santé mentale de courte durée, y compris la gestion de cas et l'intervention en situation de crise	Soins de fin de vie, y compris les soins infirmiers, les médicaments propres aux soins palliatifs et les soins personnels	
	<p>d'infirmières et infirmiers, des diététistes, des inhalothérapeutes, des physiothérapeutes, des thérapeutes occupationnels, des travailleurs sociaux et des orthophonistes travaillant dans chacune des régions régionales.</p> <p>Des améliorations sont en cours en vue de respecter d'ici 2006–2007 les engagements en matière de soins actifs à domicile de courte durée pour une période de deux semaines énoncés dans l'Accord.</p>	<p>Des améliorations sont en cours en vue de respecter d'ici 2006–2007 les engagements en matière d'intervention en situation de crise et de gestion des cas de soins communautaires actifs en santé mentale de courte durée pour une période de deux semaines énoncés dans l'Accord.</p>	<p>Des améliorations sont en cours en vue de respecter d'ici 2006–2007 les engagements en matière de gestion des cas de soins de fin de vie, de soins infirmiers, de médicaments propres aux soins palliatifs et de soins personnels énoncés dans l'Accord.</p>	<p>32 nouveaux postes en janvier 2005 et 15 prévus pour 2005–2006, en plus du financement pour les soins personnels de courte durée. Les travaux associés aux autres engagements en vertu de l'Accord devraient commencer en 2006–2007.</p>
Nouvelle-Écosse	<p>La gestion des cas, les médicaments intraveineux associés au diagnostic de congé, les soins infirmiers et les divers articles infirmiers sont offerts gratuitement. Les soins personnels, les services de soutien à domicile et les services d'oxygénothérapie sont offerts moyennant certains frais exigés, conformément à une échelle mobile, selon la taille de la famille et le revenu.</p>	<p>Les régions de la santé de district et l'autorité provinciale pédiatrique en soins de santé gèrent un réseau de 50 cliniques de santé mentale communautaires, lits pour patients hospitalisés, centres de traitement de jour, programmes de réadaptation psychosociale et haltes-accueils. Le programme de santé mentale communautaire couvre tous les résidents de la Nouvelle-Écosse gratuitement.</p>	<p>Actuellement, la N.-É. n'offre pas de services de fin de vie.</p>	<p>La N.-É. élabore des plans visant à améliorer l'accès aux services de santé mentale en vue d'assurer un meilleur soutien communautaire, de même que de meilleurs services d'intervention en situation de crise ou d'urgence et pour les enfants.</p> <p>Un groupe de soins palliatifs a fait des recommandations en ce qui concerne les soins de fin de vie et la Nouvelle-Écosse a l'intention de donner suite à ces recommandations dans la prochaine année.</p>
Île-du-Prince-Édouard	<p>Le Programme de soins et de soutien à domicile de l'Î.-P.-É. accepte actuellement une</p>	<p>La santé mentale communautaire à l'Î.-P.-É. relève de la compétence de Santé mentale et</p>	<p>La Stratégie sur les soins palliatifs intégrés de l'Î.-P.-É. vise à éliminer les mesures de</p>	<p>La planification préliminaire des services de soins à domicile découlant des</p>

B.6 Les soins à domicile : couverture actuelle des services (suite)

Le panier des services offerts pendant deux semaines couvre maintenant (sans frais) :			Expansions prévues
Soins actifs à domicile de courte durée, y compris la gestion de cas, les soins infirmiers, les soins personnels et les médicaments intraveineux reliés au diagnostic posé au moment du congé	Soins communautaires actifs en santé mentale de courte durée, y compris la gestion de cas et l'intervention en situation de crise	Soins de fin de vie, y compris les soins infirmiers, les médicaments propres aux soins palliatifs et les soins personnels	
proportion assez petite de clients dans son volet de soins actifs de courte durée. La couverture à partir du premier dollar est déjà en place pour les soins infirmiers et pour la gestion de cas limitée. Le coût des soins personnels est déterminé selon une échelle mobile suivant la formule de rémunération des services, tandis que le coût des fournitures et des médicaments (y compris les médicaments intraveineux et les diverses fournitures) est la responsabilité du client.	Toxicomanies, plutôt que de Soins et Soutien à domicile. Les équipes d'intervention en situation de crise et la gestion de cas limitée sont en place sans frais pour le client.	désincitation aux soins à domicile/ communautaires et offre une option réaliste aux clients qui souhaitent recevoir des services de soins palliatifs à domicile. La couverture à partir du premier dollar est en place pour la gestion de cas/coordination et pour les services de soins infirmiers à domicile et le soutien à domicile pour les soins personnels. Le niveau actuel des services de soins palliatifs répond aux besoins d'un peu plus de la moitié de la population actuelle de l'Î.-P.-É. qui reçoit des soins palliatifs. Le modèle intégré inclut notamment des équipes de ressource composées de médecins de famille, de travailleurs sociaux, de pharmaciens, d'infirmières et infirmiers, de directeurs spirituels et de coordonnateurs de bénévoles. Ces équipes ont reçu une formation améliorée pour appuyer les fournisseurs de soins de santé de première ligne dans une approche d'équipe de collaboration, ces derniers étant chargés de prendre soin des clients des soins palliatifs et de leur famille. Tous ces	engagements énoncés dans le Plan pour les soins de santé de 2004 des premiers ministres a commencé.

B.6 Les soins à domicile : couverture actuelle des services (suite)

	Le panier des services offerts pendant deux semaines couvre maintenant (sans frais) :			Expansions prévues
	Soins actifs à domicile de courte durée, y compris la gestion de cas, les soins infirmiers, les soins personnels et les médicaments intraveineux reliés au diagnostic posé au moment du congé	Soins communautaires actifs en santé mentale de courte durée, y compris la gestion de cas et l'intervention en situation de crise	Soins de fin de vie, y compris les soins infirmiers, les médicaments propres aux soins palliatifs et les soins personnels	
			services sont offerts gratuitement au client. Les produits pharmaceutiques propres aux soins palliatifs demeurent la responsabilité du client.	
Terre-Neuve-et-Labrador	<p>Les soins infirmiers en santé communautaire et certains services de santé connexes limités, comme le travail social, l'ergothérapie et la physiothérapie, sont offerts gratuitement; un programme d'équipement médical est offert aux clients admissibles; le soutien à domicile limité est basé sur l'évaluation des moyens.</p> <p>Le Home IV Antibiotics Program est offert dans une région seulement.</p>	Pas de service actuel pour la gestion des cas de soins actifs en santé mentale de courte durée.	<p>Les services de soins infirmiers en santé communautaire sont offerts; un soutien à domicile limité est également offert selon l'évaluation des moyens.</p> <p>Un projet pilote a été lancé dans la région de l'ouest : soutien à domicile limité offert.</p>	<p>Annonce du budget de 2005. Il y aura une expansion des soins à domicile postactifs et des soins de fin de vie dans la province, à commencer dans la région de l'ouest et prenant appui sur le projet pilote actuel, comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le programme de soins actifs à domicile aidera davantage les patients à se rétablir d'une chirurgie ou d'autres interventions médicales et ceux qui nécessitent un traitement des plaies et une pharmacothérapie connexe, de même que des soins personnels pour une durée de deux semaines. • Des soins de fin de vie seront également offerts.
Nunavut	Les services de soins holistiques à domicile adaptés à la culture, y compris les soins infirmiers, les soins personnels, la gestion de cas et les services d'entretien, sont couverts pour la population inuite (approximativement 750 clients) et la population non inuite	Les services communautaires en santé mentale sont offerts par un personnel en santé mentale, le personnel des soins à domicile offrant des soins de suivi, comme des services d'entretien et la fidélité au traitement, sans frais pour le patient.	Le territoire offre des services de fin de vie.	Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire appuiera un programme pilote en chimiothérapie, prévu pour la nouvelle année.

B.6 Les soins à domicile : couverture actuelle des services (suite)

	Le panier des services offerts pendant deux semaines couvre maintenant (sans frais) :			Expansions prévues
	Soins actifs à domicile de courte durée, y compris la gestion de cas, les soins infirmiers, les soins personnels et les médicaments intraveineux reliés au diagnostic posé au moment du congé	Soins communautaires actifs en santé mentale de courte durée, y compris la gestion de cas et l'intervention en situation de crise	Soins de fin de vie, y compris les soins infirmiers, les médicaments propres aux soins palliatifs et les soins personnels	
	<p>(population négligeable), selon la disponibilité des ressources, et sans frais pour le patient. Tous les services offerts dans le cadre du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire commencent par un aiguillage suivi d'une évaluation des besoins de soins. La thérapie intraveineuse à domicile est offerte.</p> <p>De plus, le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire offre des prêts d'équipement, des soins de relève, le traitement des maladies chroniques, le soin des pieds, des services de réadaptation et des programmes en groupe.</p>			
Territoires du Nord-Ouest	L'éventail de services de soins à domicile inclut notamment les soins actifs, les soins post-hospitaliers, les soins des maladies chroniques, les services de nutrition et les soins personnels. Ce ne sont pas tous les services qui sont offerts dans les collectivités plus petites.	Les services de soins actifs à domicile en santé mentale communautaire sont offerts à tous les patients évalués par un conseiller en santé mentale, un psychiatre ou un thérapeute et jugé comme étant en besoin. On ne fait pas la distinction entre courte durée et longue durée. Les médicaments d'ordonnance ne sont pas financés en vertu de ce programme. Il n'y a pas de frais pour l'utilisateur et aucune limite à l'utilisation des services.	Les soins à domicile sont basés sur les besoins et sont offerts gratuitement aux résidents des T.N.-O. Les divers services de fin de vie incluent les suivants : soins actifs, soins post-hospitaliers, services de nutrition, soins palliatifs, soins personnels et soins de relève. Ce ne sont pas tous les services qui sont offerts dans les collectivités plus petites.	

B.6 Les soins à domicile : couverture actuelle des services (suite)

	Le panier des services offerts pendant deux semaines couvre maintenant (sans frais) :			Expansions prévues
	Soins actifs à domicile de courte durée, y compris la gestion de cas, les soins infirmiers, les soins personnels et les médicaments intraveineux reliés au diagnostic posé au moment du congé	Soins communautaires actifs en santé mentale de courte durée, y compris la gestion de cas et l'intervention en situation de crise	Soins de fin de vie, y compris les soins infirmiers, les médicaments propres aux soins palliatifs et les soins personnels	
Yukon	Le gouvernement du Yukon offre, gratuitement, des services de soins infirmiers à domicile, de travail social, d'ergothérapie, de physiothérapie et de soutien à domicile (qui inclut les soins personnels), de même que des services de relève pour tous les résidents du Yukon, selon l'évaluation des besoins. Pour les clients des soins actifs, le Yukon offre également des pansements pendant deux semaines si le client n'a pas d'autre couverture pour cela. Le Yukon n'offre pas de soutien médical à domicile pour la thérapie intraveineuse.	Le programme des soins à domicile du gouvernement du Yukon offre des soins à domicile aux personnes qui ont des besoins physiques et qui peuvent également avoir des problèmes de santé mentale. Le programme de santé mentale du gouvernement du Yukon a également un volet sur la gestion des situations de crise de santé mentale.	Les services de fin de vie sont inclus en vertu du programme du gouvernement du Yukon, sans frais. Le ministère de la Santé et des Services sociaux offre des médicaments et des fournitures aux personnes dont le nom figure sur la liste des soins palliatifs.	

B.7 La gestion des médicaments : initiatives actuelles

	Couverture du prix catastrophique des médicaments	Initiatives récentes visant à influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé
Gouvernement fédéral	<p>On compte six régimes d'assurance-médicaments relevant de la compétence fédérale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Santé Canada (prestations destinées aux membres des Premières nations et aux Inuits) • Anciens Combattants Canada (prestations destinées aux anciens combattants) • Ministère de la Défense nationale (prestations destinées aux membres des Forces canadiennes) • GRC (prestations destinées aux membres) • Citoyenneté et Immigration Canada (prestations destinées à des catégories désignées d'immigrants) • Service correctionnel Canada (prestations destinées aux détenus des pénitenciers fédéraux et à certains détenus en libération conditionnelle) <p>Si on est inscrit à un de ces régimes, il n'y a ni franchise ni copaiement et il n'y a pas non plus de garantie limite pour les médicaments figurant dans le formulaire particulier d'un régime.</p>	<p>Les représentants des régimes fédéraux d'assurance-médicaments participent à l'élaboration de la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques (SNPP).</p> <p>En novembre 2004, le Bureau du vérificateur général du Canada a rendu public un rapport sur la gestion des régimes fédéraux d'assurance-médicaments. Dans ses nombreuses recommandations, il a insisté sur la nécessité d'analyser systématiquement les bases de données sur le traitement des demandes afin de constater les habitudes dangereuses en matière de consommation pharmaceutique. Sa recommandation était alors que les diverses analyses devraient servir à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • communiquer l'information sur l'utilisation des médicaments aux prestataires de soins de santé, s'il y a lieu; • fournir une information rétrospective selon les clients sur cette même utilisation afin d'aider les pharmaciens et les médecins à assurer les meilleurs résultats possible aux patients. <p>Les responsables des régimes fédéraux ont adhéré à cette recommandation et se sont engagés à faire plus d'analyses systématiques et à concerter leurs efforts en vue de reconnaître les habitudes dangereuses de consommation pharmaceutique et de communiquer l'information en question aux professionnels de la santé, s'il y a lieu.</p> <p>Comme dans les autres régimes d'assurance-médicaments des secteurs de compétence, il y a des questions de sécurité et de protection des renseignements personnels que l'on doit résoudre. Les régimes fédéraux travailleront à l'électronisation de leurs dossiers de santé (DSE), entreprise qui tient une grande place dans les engagements pris par les premiers ministres en ce qui concerne la SNPP. La disponibilité électronique d'une information utile sur les patients et les médicaments aidera grandement les prescripteurs à adopter des pratiques exemplaires.</p> <p>Les régimes fédéraux mènent aussi des initiatives d'optimalité des pratiques par leur participation au SCUOM, qui est le Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments. Entre autres activités, le SCUOM réunit l'information existante sur les meilleures pratiques de prescription et d'utilisation de médicaments (guides de pratique clinique, examens systématiques, etc.). Les régimes fédéraux sont membres du Partenariat fédéral pour les soins de santé avec plusieurs ministères et organismes fédéraux. Un conseiller en questions pharmaceutiques représente le Partenariat au Comité consultatif sur le SCUOM.</p>

B.7 La gestion des médicaments : initiatives actuelles (suite)

	Couverture du prix catastrophique des médicaments	Initiatives récentes visant à influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé
Colombie-Britannique	<p>La couverture du coût catastrophique des médicaments est un élément intégré du programme Fair PharmaCare de la C.-B. Il évite que les familles de la C.-B aient à dépenser plus de 4 % de leur revenu net annuel pour des médicaments d'ordonnance admissibles.</p> <p>Les familles de la C.-B déboursent des montants, déterminés par le revenu net, pour l'obtention de médicaments d'ordonnance jusqu'à ce qu'un niveau déductible ou un maximum familial ait été atteint. Après cela, les personnes inscrites au programme Fair PharmaCare sont admissibles à une aide financière. Fair PharmaCare aide les familles à payer le coût admissible de leurs médicaments pour le reste de l'année.</p> <p>De plus, la Colombie-Britannique s'efforce de développer ses capacités et travaille à mettre au point des lignes directrices pour la pharmacosurveillance des nouveaux médicaments à coût élevé afin de surveiller leur utilisation et leur efficacité et d'assurer de meilleurs résultats cliniques.</p>	<p>Formation théorique</p> <p>La formation théorique est en fait le recours à certaines personnes ayant reçu une formation (habituellement des médecins ou des pharmaciens cliniciens) et qui rencontrent personnellement des médecins et d'autres prescripteurs dans le but d'encourager l'adoption d'un comportement souhaité (p. ex., prescription d'un médicament ou d'un régime de traitement particulier).</p> <p>Le BC Community Drug Utilization Program (BC CDUP) est géré par le Département de pharmacie de l'Hôpital Lions Gate à Vancouver-nord et est financé par le programme provincial PharmaCare. Il s'agit d'un programme de formation théorique reconnu à l'échelle internationale qui vise à aider les médecins à choisir la pharmacothérapie la plus appropriée et la plus rentable pour les patients. La Colombie-Britannique est en attente d'une évaluation du CDUP et collabore avec l'Université de la Colombie-Britannique pour évaluer la faisabilité d'un élargissement du programme dans d'autres secteurs de la province.</p> <p>Un autre programme pilote de partenariat entre le ministère de la Santé de la C.-B. et l'Université de Victoria est actuellement en cours. Ce programme pilote permettra de mesurer l'effet de la formation théorique sur le traitement du diabète et de l'hypertension artérielle.</p> <p>Programme e-Therapeutics</p> <p>Le Ministère a lancé un processus d'évaluation initiale. Le programme e-Therapeutics sera présenté au Special Physician Engagement Expert Delegate Committee et au eDrug Project Steering Committee à des fins d'examen. Actuellement, PharmaNet offre le service de vérification de l'interaction entre médicaments et de monographies du patient aux pharmaciens, aux salles d'urgence et aux médecins inscrits auprès du Medical Practice Access to PharmaNet (MPAP).</p> <p>Les pratiques exemplaires associées à la prescription</p> <p>Un pharmacien principal de la C.-B. travaillant pour PharmaCare siège au Comité consultatif pancanadien du Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM), un centre indépendant d'information et d'éducation sur les pratiques exemplaires rattachées à la prescription et à l'utilisation des médicaments. Le SCPUOM favorise et facilite l'adoption de pratiques, d'initiatives et d'interventions factuelles, tout en offrant des stratégies, des conseils et des outils pour la mise en œuvre. PharmaCare participe actuellement à des discussions sur l'adoption de stratégies pour l'utilisation de l'information relative aux pratiques exemplaires du SCPUOM et la mise en œuvre d'initiatives en C.-B.</p>

B.7 La gestion des médicaments : initiatives actuelles (suite)

	Initiatives récentes visant à influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé
<p>Couverture du prix catastrophique des médicaments</p>	<p>La Colombie-Britannique a introduit le programme MPAP à l'échelle de la province en décembre 2005. Le programme MPAP donne aux médecins l'accès à PharmaNet, le réseau informatique sécuritaire qui relie les pharmacies de la collectivité et les hôpitaux d'un bout à l'autre de la province. En permettant aux prestataires de soins de santé d'avoir un accès contrôlé aux profils pharmaceutiques des clients, les habitants de la Colombie-Britannique peuvent être protégés contre les interactions médicamenteuses potentiellement dangereuses, le chevauchement des services, la fraude dans les ordonnances et l'abus de médicaments.</p> <p>PharmaNet permet également au personnel autorisé des départements d'urgence dans les hôpitaux d'avoir accès aux profils pharmaceutiques des patients afin de les aider à déterminer la thérapie appropriée pour eux.</p>
<p>Alberta</p> <p>L'Alberta compte plusieurs catégories de garanties de régime d'assurance-médicaments. Les médicaments admissibles à cette protection figurent dans le formulaire pharmaceutique de Santé et Mieux-être Alberta. Les bénéficiaires acquittent 30 % du prix de chaque médicament jusqu'à concurrence de 25 \$. Aucun copaiement n'est exigé des clients de certains programmes.</p> <p>Santé et Mieux-être Alberta est lié par contrat à la Croix-Bleue provinciale pour le service des prestations de tels régimes complémentaires d'assurance-maladie. Le régime non collectif de la Croix-Bleue ne couvre pas les dépenses en prestations de plus de 25 000 \$ au total par personne inscrite dans une année de prestations (du 1^{er} juillet au 30 juin). Par exception, il est possible de hausser ce plafond annuel.</p>	<p>L'Alberta Drug Utilization Program (ADUP) est un organe autonome de l'Alberta Management Committee on Drug Utilization (AMCDU) qui met au point des initiatives d'éducation et d'amélioration de la qualité à l'intention des médecins, des pharmaciens et des autres professionnels de la santé pour promouvoir l'adoption de pratiques exemplaires et ainsi optimiser l'utilisation des médicaments.</p> <p>L'AMCDU conçoit et dirige des mesures d'examen et de gestion de la consommation pharmaceutique qui facilitent les progrès dans tout ce qui est prescription et utilisation de produits pharmaceutiques dans cette province. Ses membres viennent de diverses disciplines et différents secteurs et sont désignés par le ministre de la Santé et du Mieux-être. Ce comité se réunit cinq ou six fois par an.</p>
<p>Saskatchewan</p> <p>La couverture en vertu du Programme de soutien spécial du Régime de remboursement du prix des ordonnances de la Saskatchewan vise à aider ceux pour qui les coûts des médicaments sont élevés relativement à leur revenu. En se basant sur une demande et sur les dossiers du régime d'assurance-médicaments, le Régime de remboursement du prix des ordonnances détermine le montant des prestations auquel le bénéficiaire est admissible. La participation au paiement de la famille est déterminée par le montant des coûts des médicaments de la famille qui dépasse 3,4 % du revenu familial combiné rajusté, où 3 500 \$ est déduit pour chaque personne à charge âgée de moins de 18 ans.</p> <p>Les familles qui ont une franchise puisqu'elles reçoivent le Supplément de revenu garanti (SRG), qu'elles participent au Régime de revenu de la Saskatchewan ou qu'elles reçoivent des</p>	<p>Activités visant à encourager l'utilisation appropriée des médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le recours à la couverture Exception Drug Status dans les cas où les médicaments doivent être utilisés dans certaines circonstances seulement. • Le soutien du financement pour le Drug Evaluation Services and Roving Professor Program, qui aide au processus d'examen des médicaments, donne des opinions d'experts de façon ponctuelle et communique des renseignements sur les médicaments dans le but de promouvoir une utilisation optimale des médicaments dans la province. • Le soutien du financement pour le Service d'information pharmacothérapeutique de la Saskatchewan, qui donne des renseignements sur les médicaments aux consommateurs et aux professionnels (pharmaciens, médecins et autres) à l'échelle de la Saskatchewan.

B.7 La gestion des médicaments : initiatives actuelles (suite)

Couverture du prix catastrophique des médicaments	Initiatives récentes visant à influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé
<p>prestations de santé familiale peuvent être admissibles à d'autres prestations en vertu du Programme de soutien spécial.</p> <p>La Saskatchewan collabore avec les autres secteurs de compétence fédéraux/provinciaux/territoriaux en vue de l'élaboration de la Stratégie pharmaceutique nationale. La couverture du prix catastrophique des médicaments est un des éléments prioritaires de cette stratégie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le soutien du financement pour le Programme d'ordonnances en triplicata géré par le College of Physicians and Surgeons afin de surveiller la prescription de certains médicaments, dans le but de réduire l'abus. • Un programme d'utilisation des médicaments à l'échelle provinciale géré par le District de la santé de Saskatoon à titre de ressource éducative visant à aider les médecins à choisir la pharmacothérapie la plus appropriée et la plus rentable pour leurs patients (RxFiles). • Le système de traitement des demandes de services pharmaceutiques, qui procède à diverses vérifications sur chaque prescription remplie. • La mise à jour et l'utilisation de la base de données du Régime de remboursement du prix des ordonnances pour les recherches et les études sur les médicaments à l'interne et à l'externe. • L'utilisation d'ententes en matière d'assurance du produit avec les fabricants de médicaments dans le but de surveiller l'utilisation d'un médicament en particulier et de veiller à ce que l'utilisation et les résultats pour la santé soient conformes à ce qui est énoncé dans la documentation du fabricant. • Le Programme de pharmacothérapie initiale en vertu duquel le pharmacien est encouragé à donner une réserve de sept ou dix jours pour la prescription initiale de certains médicaments, à surveiller l'effet sur le patient, et si les résultats sont positifs, à remettre la prescription complète, tel qu'il est indiqué par le médecin. Ce service n'engendre pas de frais supplémentaires pour le résident.
<p>Manitoba</p> <p>Le modèle d'assurance-médicaments complet et financé par l'impôt que l'on retrouve au Manitoba limite les frais remboursables associés à la prescription de médicaments à un pourcentage donné du revenu. La franchise de l'assurance-médicaments est basée sur le revenu familial annuel total rajusté : 2,44 % pour les familles dont le revenu est équivalent ou inférieur à 15 000 \$; 3,65 % pour les revenus supérieurs à 15 000 \$ et d'au plus 40 000 \$; 4,2 % pour les revenus supérieurs à 40 000 \$ et d'au plus 75 000 \$; 5,25 % pour les revenus supérieurs à 75 000 \$.</p> <p>Le Manitoba collabore avec d'autres secteurs de compétence fédéraux/provinciaux/territoriaux en vue de l'élaboration de la Stratégie pharmaceutique nationale. La couverture du prix catastrophique des médicaments est un des éléments prioritaires de cette stratégie.</p>	<p>Le Manitoba analysera, adaptera et diffusera l'information relative aux pratiques exemplaires établie par le Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM) lorsqu'elle sera disponible.</p>
<p>Ontario</p> <p>Le Programme de médicaments Trillium offre la couverture du prix catastrophique des médicaments à tous les Ontariens dont les frais des médicaments sont élevés (approximativement 4 %) en relation avec le revenu net de leur ménage. Les demandeurs qui</p>	<p>L'Ontario appuie les initiatives comme le Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM), service qui a vu le jour dans le but de recueillir des informations sur les pratiques exemplaires et de les évaluer et de mettre au point</p>

B.7 La gestion des médicaments : initiatives actuelles (suite)

Couverture du prix catastrophique des médicaments	Initiatives récentes visant à influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé
<p>ont une assurance privée doivent d'abord présenter une demande à cette dernière. Les personnes qui présentent une demande au Programme de médicaments Trillium paient une franchise annuelle basée sur leur revenu et sur le nombre de membres que compte le ménage avant de devenir admissibles. Par après, ils déboursent jusqu'à 2 \$ par prescription. La franchise annuelle est payée en versements trimestriels tout au long de l'année du programme pour qu'il soit plus facile pour les demandeurs du Programme de médicaments Trillium d'avoir accès aux avantages de l'assurance-médicaments.</p> <p>L'Ontario collabore avec les autres secteurs de compétence fédéraux/provinciaux/territoriaux en vue de l'élaboration de la Stratégie pharmaceutique nationale. La couverture du prix catastrophique des médicaments est un des éléments prioritaires de cette stratégie.</p>	<p>des outils visant à promouvoir une prescription et une utilisation optimales des médicaments. Le projet d'accès par les services des urgences aux dossiers pharmaceutiques des patients a élaboré et mis en œuvre le Système informatique du Visualiseur des profils pharmaceutiques des patients pour permettre le partage en toute sécurité de l'information relative aux demandes de médicaments dans la province (régime de médicaments gratuits de l'Ontario) avec les prestataires de soins de santé du service des urgences. En octobre 2005, le Drug Profile Viewer Program est devenu opérationnel et disponible sur une base d'essai dans un certain nombre d'hôpitaux. La mise en place complète à l'échelle provinciale commencera en janvier 2006 et se terminera au plus tard à l'été 2006.</p> <p>Grâce à un accès électronique, les médecins et infirmières et infirmiers peuvent offrir davantage de soins adaptés au patient dans une situation d'urgence, ce qui est bénéfique pour les patients pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • permet une identification et une prévention rapides des réactions néfastes aux médicaments; • aide les médecins et infirmières et infirmiers à faire des évaluations d'urgence plus rapides et à poser le diagnostic et à offrir le traitement plus tôt; • fait en sorte que l'on continue d'administrer les médicaments actuels d'un patient à l'hôpital, au besoin; • aide ceux qui ne sont pas en mesure de communiquer le nom de leur médicament et leur force ou qui ne s'en rappellent pas; • réduit le besoin pour les patients de répéter l'information relative aux médicaments qu'ils consomment aux divers prestataires de soins de santé qui leur prodiguent des soins.
<p>Québec</p> <p>L'information actuelle sur le programme concernant la disponibilité d'une couverture du prix catastrophique des médicaments n'était pas disponible pour ce rapport.</p> <p>En décembre 2004, le gouvernement du Québec a déposé la version provisoire d'une politique sur les médicaments traitant des points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'accessibilité aux médicaments; • l'établissement d'un prix juste et raisonnable pour les médicaments; • l'utilisation optimale des médicaments; • le maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique au Québec. <p>L'objectif est de déposer le projet de loi visant à mettre en œuvre les dispositions de la politique qui exigent des modifications législatives. Après son adoption, la version définitive de la politique sur les médicaments sera publiée.</p>	<p>En mai 2004, sur l'initiative du ministère de la Santé et des Services sociaux, un symposium sur l'utilisation optimale des médicaments a été organisé. L'objectif était de réunir toutes les parties intéressées par l'utilisation optimale des médicaments dans le but d'informer tous les participants des problèmes, de partager et d'échanger des idées et de faire en sorte qu'il soit plus facile de trouver des solutions concrètes et de favoriser leur application dans chacun des domaines représentés.</p>

B.7 La gestion des médicaments : initiatives actuelles (suite)

	Couverture du prix catastrophique des médicaments	Initiatives récentes visant à influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé
Nouveau-Brunswick	<p>À l'heure actuelle, le Nouveau-Brunswick n'offre pas la couverture du prix catastrophique des médicaments. Le régime provincial de santé, <i>Un avenir en santé</i>, s'est engagé à établir un programme de couverture du prix catastrophique des médicaments à partir des épargnes réalisées à la suite de la mise en œuvre des autres éléments du régime d'ici 2008.</p> <p>Le N.-B. collabore avec les autres secteurs de compétence fédéraux/provinciaux/territoriaux en vue de l'élaboration de la Stratégie pharmaceutique nationale. La couverture du prix catastrophique des médicaments est un des éléments prioritaires de cette stratégie.</p>	<p>Le Plan de médicaments sur ordonnance (PMO) du N.-B. détermine les pratiques exemplaires et en fait la promotion grâce à des initiatives associées au formulaire. Le N.-B. contribue au SCPUOM et utilisera son matériel.</p>
Nouvelle-Écosse	<p>À l'heure actuelle, la Nouvelle-Écosse n'offre pas la couverture du prix catastrophique des médicaments.</p> <p>La N.-É. collabore avec les autres secteurs de compétence fédéraux/provinciaux/territoriaux en vue de l'élaboration de la Stratégie pharmaceutique nationale. La couverture du prix catastrophique des médicaments est un des éléments prioritaires de cette stratégie.</p>	<p>Depuis 2001–2002, le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse donne au Dalhousie Continuing Medical Education des fonds sous la forme d'une subvention afin qu'il offre un Service de formation théorique à l'intention des médecins de premiers recours à l'échelle de la province. Le Service de formation théorique de la Nouvelle-Écosse participe à la Academic Detailing Collaboration au niveau national avec la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba.</p> <p>Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse suit de près les progrès de l'initiative e-Therapeutics depuis son lancement. Il est représenté au sein du Réseau national de l'initiative e-Therapeutics. En 1998–1999, le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse a établi des fonds pour la Drug Evaluation Alliance de la Nouvelle-Écosse (DEANS). La mission de la DEANS consiste à contribuer à la santé des habitants de la Nouvelle-Écosse en encourageant une utilisation appropriée des médicaments. La DEANS propose à la Nouvelle-Écosse une seule structure en vertu de laquelle toutes les composantes de gestion du programme des médicaments financées à l'échelle provinciale peuvent être considérées dans le contexte de résolution des problèmes de soins par les médicaments. La DEANS est en mesure de mettre au point des interventions allant au delà des interventions stratégiques standard et de coordonner les approches visant à maximiser les effets. Afin de déterminer l'effet des interventions sur le comportement du médecin et les résultats pour le consommateur, la DEANS établit des critères d'évaluation. Grâce aux liens avec les évaluateurs universitaires, la DEANS encourage les évaluations qui fournissent de nouvelles preuves afin d'influencer la politique sur les médicaments.</p> <p>La Nouvelle-Écosse prévoit implanter la prescription par voie électronique dès que cela sera légal au Canada et dès que l'infrastructure sécuritaire appropriée sera en place.</p>

B.7 La gestion des médicaments : initiatives actuelles (suite)

	Couverture du prix catastrophique des médicaments	Initiatives récentes visant à influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé
Île-du-Prince-Édouard	<p>À l'heure actuelle, l'Î.-P.É. n'offre pas la couverture du prix catastrophique des médicaments.</p> <p>l'Î.-P.É. collabore avec les autres secteurs de compétence fédéraux/provinciaux/territoriaux en vue de l'élaboration de la Stratégie pharmaceutique nationale. La couverture du prix catastrophique des médicaments est un des éléments prioritaires de cette stratégie.</p>	<p>La Nouvelle-Écosse est maintenant engagée de façon très active envers l'accroissement de l'utilisation des systèmes de dossier électronique du patient dans les soins de santé primaires grâce à son programme de gestion de l'information sur les soins de santé primaires (Primary Healthcare Information Management - PHIM).</p> <p>Le logiciel du dossier électronique du patient utilisé en Nouvelle-Écosse inclut la fonction interaction médicamenteuse qui met les prestataires de soins en garde contre les interactions médicament-médicament et médicament-allergie, permettant aux prestataires de soins de la Nouvelle-Écosse de réduire le nombre d'erreurs liées à la prescription.</p> <p><i>L'initiative e-Therapeutics et la prescription par voie électronique</i> : Le travail relatif à ces initiatives est actuellement accompli grâce au projet visant l'expansion du programme d'information sur les produits pharmaceutiques (Pharmaceutical Information Program - PHIP) en vue de saisir les renseignements sur toutes les prescriptions remplies à l'Î.-P.É. (tous les médicaments/tous les patients).</p> <p>l'Î.-P.É. collabore pleinement au système du SCPUOM (Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments) actuellement établi et mis en œuvre par l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé.</p>
Terre-Neuve-et-Labrador	<p>À l'heure actuelle, Terre-Neuve-et-Labrador n'offre pas la couverture du prix catastrophique des médicaments.</p> <p>T.-N.-L. collabore avec les autres secteurs de compétence fédéraux/provinciaux/territoriaux en vue de l'élaboration de la Stratégie pharmaceutique nationale. La couverture du prix catastrophique des médicaments est un des éléments prioritaires de cette stratégie.</p>	<p>T.-N.-L. a élaboré et mis en œuvre un certain nombre d'initiatives au fil des ans dans le but d'influencer les habitudes de prescription.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certaines sont des initiatives stratégiques (p. ex., restreindre l'utilisation de médicaments à une autorisation spéciale dans le but d'assurer l'adhésion à la prescription factuelle). • Certaines sont des initiatives éducatives (p. ex., rubriques informatives dans les bulletins d'associations professionnelles ou envois postaux directs au prescripteur). • Certaines sont des interventions à volets multiples combinant des objectifs stratégiques et éducatifs grâce à des activités concrètes d'éducation permanente (p. ex., le lancement à venir d'une initiative à volets multiples sur les « pratiques exemplaires » concernant l'utilisation de certaines thérapies contre l'asthme). <p>La formation théorique n'a pas encore été implantée dans cette province, mais elle est actuellement prise en considération.</p>

B.7 La gestion des médicaments : initiatives actuelles (suite)

	Couverture du prix catastrophique des médicaments	Initiatives récentes visant à influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé
Nunavut	<p>La population du Nunavut est presque entièrement inuite, et la couverture du prix catastrophique des médicaments est offerte en vertu du Programme des services de santé non assurés.</p> <p>Le Nunavut collabore avec les autres secteurs de compétence fédéraux/provinciaux/territoriaux en vue de l'élaboration de la Stratégie pharmaceutique nationale.</p>	<p>Le Nunavut fonctionne à partir d'un formulaire territorial, et tous les médecins sont embauchés par le territoire. Les approches du traitement sont établies en vertu des « guides relatifs aux pratiques exemplaires ». À l'heure actuelle, il n'y a pas de formation théorique officielle offerte.</p> <p>Il n'y a pas de projet en ce qui a trait à l'initiative e-Therapeutics.</p> <p>Le Nunavut en est actuellement à apporter des améliorations aux capacités de ses systèmes, ayant recours à des conseillers spécialisés et certains documents pour optimiser les approches du traitement. Lorsque toutes les améliorations seront apportées, les systèmes et les données permettront l'analyse du traitement pharmaceutique dans les territoires et l'adhésion aux guides relatifs aux pratiques exemplaires.</p>
Territoires du Nord-Ouest	<p>Actuellement, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest procède à un examen de ses prestations de maladie complémentaires, y compris la couverture du prix catastrophique des médicaments. À ce jour, il y a deux programmes qui offrent une couverture à 100 % pour les clients admissibles : les Services de santé pour les Métis et l'assurance-maladie complémentaire.</p> <p>Les Territoires du Nord-Ouest collaborent avec les autres secteurs de compétence fédéraux/provinciaux/territoriaux en vue de l'élaboration de la Stratégie pharmaceutique nationale. La couverture du prix catastrophique des médicaments est un des éléments prioritaires de cette stratégie.</p>	<p>Une nouvelle <i>Loi sur la pharmacie</i> est actuellement rédigée. On prévoit qu'elle soit adoptée en 2006. La loi couvre l'octroi de licences/la compétence permanente chez les pharmaciens et au niveau des pratiques de pharmacie, mais pas la pratique de prescription d'autres professionnels de la santé. La loi permettra la mise en œuvre de la prescription par voie électronique si elle devient réalisable dans les Territoires du Nord-Ouest à l'avenir. Le ministère de la Santé et des Services sociaux étudie également la possibilité d'un suivi des prescriptions pour les narcotiques, de même que des options qui permettraient de résoudre les problèmes entourant le crystal meth (c.-à-d. l'accessibilité).</p>
Yukon	<p>À l'heure actuelle, le gouvernement du Yukon n'offre pas la couverture du prix catastrophique des médicaments.</p> <p>Le Yukon collabore avec les autres secteurs de compétence fédéraux/provinciaux/territoriaux en vue de l'élaboration de la Stratégie pharmaceutique nationale. La couverture du prix catastrophique des médicaments est un des éléments prioritaires de cette stratégie.</p>	<p>À l'heure actuelle, il n'y a pas d'initiatives de formation théorique, mais le Yukon collabore à l'établissement du système du Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM) et examinera de nouveau les occasions de formation théorique lorsque ces « trousseaux d'outils » seront disponibles.</p> <p>Le régime d'assurance-médicaments du Yukon évalue si le programme e-Therapeutics est approprié pour le nouveau système du Yukon, qui en est actuellement à l'étape de la planification.</p> <p>Les discussions lors des réunions du Formulary Working Group, l'établissement de critères appropriés pour la couverture des médicaments figurant sur les formulaires et la communication des critères sont quelques-unes des mesures prises afin de promouvoir les pratiques exemplaires dans la prescription au Yukon. Des sujets pour les séances d'éducation permanente à venir à l'intention des médecins ont été suggérés.</p>

B.8 Les temps d'attente : investissements récents

Description des investissements	
Gouvernement fédéral	<p>Grâce aux 15 millions de dollars, Santé Canada jouera un rôle fédéral dans la recherche, le transfert du savoir, la facilitation et les communications avec les Canadiens. Elle cherchera à assurer l'engagement de tous les intervenants afin de répondre à cette priorité essentielle des Canadiens. Les initiatives nationales en ce qui a trait aux temps d'attente compléteront les projets provinciaux et territoriaux en cours sur les temps d'attente, y compris les investissements à partir de leur part du Fonds de réduction des temps d'attente de 5,5 milliards de dollars du fédéral.</p> <p>Plus particulièrement, les initiatives nationales relatives aux temps d'attente seront axées sur trois activités principales : l'avancement des engagements pris à l'égard des temps d'attente; les communications avec les Canadiens et le perfectionnement, le transfert et la diffusion du savoir.</p>
Colombie-Britannique	<p>Depuis 2003, la Colombie-Britannique a ciblé plus de 45 millions de dollars en fonds supplémentaires pour offrir plus de chirurgies et d'interventions de diagnostic.</p> <p>Depuis 2001, la C.-B. a ajouté huit appareils d'IRM et huit appareils de TDM. En juillet 2005, la province a acheté le premier appareil de tomographie par émission de positrons (TEP) financé par les fonds publics de la C.-B. D'autres investissements dans la TDM et les appareils d'IRM et de TEP sont prévus pour la période de 2005–2006 à 2007–2008.</p> <p>Le gouvernement a également investi des fonds afin d'accroître le nombre de chirurgies de la cataracte, d'arthroplasties de la hanche et du genou, de chirurgies cardiaques, de radiothérapies et de traitements du cancer dans le but de réduire les listes d'attente et temps d'attente et afin d'améliorer l'accès aux services de conseils et au traitement des maladies de reins et à la mammographie de dépistage pour les femmes. Plus de la moitié de toutes les chirurgies sont des chirurgies émergentes réalisées immédiatement. Par conséquent, moins de 50 % de toutes les chirurgies étaient pour des patients inscrits sur les listes d'attente en 2004–2005.</p> <p>Le pourcentage de patients recevant un traitement par radiothérapie dans les quatre semaines précédant le début de leur traitement a augmenté, passant de 90,3 % en 2003–2004 à 95,5 % en 2004–2005, soit au delà de la cible de 90 %.</p>
Alberta	<p>L'accès aux soins de santé à l'échelle de la province s'améliorera à la suite de l'injection de 1,4 milliard de dollars en fonds approuvés pour 20 projets d'investissement. L'annonce de l'injection de ces fonds signifie une plus grande capacité en lits, soit la construction de nouveaux bâtiments, des rénovations et l'expansion des établissements actuels. Au total, au moins 657 nouveaux lits améliorés pour les soins actifs et 85 nouveaux lits pour les soins de longue durée seront ajoutés à l'échelle de la province. (Source : Communiqué du gouvernement de l'Alberta, 14 octobre 2005)</p> <p>Des fonds de 189 millions de dollars octroyés par le gouvernement de l'Alberta et Inforoute Santé du Canada permettront de numériser les appareils de radiographie, de même que la TDM et les appareils d'IRM à l'échelle de la province afin d'améliorer la qualité des soins offerts aux habitants de l'Alberta en assurant aux médecins et aux patients un accès plus rapide aux rapports et aux images. Santé et Mieux-être Alberta et Inforoute Santé du Canada investiront au total 143 millions de dollars et 46 millions de dollars respectivement dans le projet. Le système investira dans de nouveaux systèmes d'imagerie diagnostique perfectionnés qui permettront aux hôpitaux et aux cliniques à l'échelle de l'Alberta de partager par voie électronique les radiographies du patient, de même que les résultats de la TDM et de l'IRM grâce au Dossier de santé électronique (DSE) de l'Alberta. (Source : Communiqué du gouvernement de l'Alberta, 25 juillet 2005)</p> <p>Le gouvernement de l'Alberta a remis 20 millions de dollars pour un projet pilote qui utilisera et évaluera les nouvelles voies de traitement pour le soin des patients devant subir une arthroplastie de la hanche et du genou. Le projet pilote a commencé au printemps 2005 et comprend une seule clinique de prise en charge de l'évaluation dans chacune des trois villes (Edmonton, Calgary, Red Deer) et la prestation d'un soutien postchirurgical aux soins de santé.</p>

B.8 Les temps d'attente : investissements récents (suite)

Description des investissements	
Saskatchewan	<p>Depuis janvier 2004, le nombre de patients en attente dans les sept plus grandes régions de santé a diminué, passant de 32 711 à 29 340 en juin 2005 (une diminution de plus de 3 200 patients).</p> <p>5,3 millions de dollars seront remis à cinq régions régionales de la santé afin d'accroître l'efficacité du matériel chirurgical. D'autres fonds du fédéral aideront à l'achat de matériel de diagnostic. (Source : Communiqué de Santé Saskatchewan, 10 mars 2005)</p>
Manitoba	<p>Le Manitoba a un Plan de réduction des délais d'attente, qui aborde particulièrement le traitement du cancer, les soins cardiaques, les diagnostics et l'orthopédie. Le Plan compte cinq composantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• amélioration des services d'information, y compris une expansion de Health Links - Info Santé et l'affichage des listes d'attente sur le site Web de Santé Manitoba, pour permettre aux patients de faire des choix qui réduiront leur temps d'attente;• expansion des chirurgies d'un jour et des diagnostics en consultation externe pour libérer les lits dans les hôpitaux;• investissements dans du nouveau matériel de diagnostic, pour toutes les régions de la province;• plus grande utilisation des salles d'opération et du matériel de diagnostic en milieu rural;• stabilisation et renouvellement des effectifs infirmiers pour aiguiller les infirmières et infirmiers où on en a besoin.
Ontario	<p>En 2004–2005, le ministre a remis 35 millions de dollars aux hôpitaux de l'Ontario afin d'accroître le nombre d'interventions dans cinq domaines choisis. En 2004–2005, on a constaté 1 700 chirurgies contre le cancer, 1 680 arthroplasties de la hanche et du genou, 2 000 chirurgies de la cataracte et 13 000 heures d'IRM de plus.</p> <p>Pour 2005–2006, on a octroyé 154 millions de dollars afin d'offrir d'autres services, comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none">• 27 millions de dollars pour 4 800 chirurgies contre le cancer;• 47 millions de dollars pour 7 000 interventions cardiaques;• 53 millions de dollars pour 6 700 arthroplasties de la hanche et du genou;• 12 millions de dollars pour 16 000 chirurgies de la cataracte;• 15 millions de dollars pour 58 500 examens par IRM de plus.
Québec	<p>Certaines mesures et certains résultats pour 2004–2006 :</p> <ul style="list-style-type: none">• réduction des listes d'attente pour les cas de soins cardiaques tertiaires (de 40,6 % pour le cathétérisme diagnostique et l'angioplastie et de 35 % pour la chirurgie cardiaque);• 18,4 millions de dollars dans le but d'ajouter trois salles d'opération pour les soins cardiaques à l'Institut de cardiologie de Montréal, faisant partie d'un investissement total de 22 millions de dollars à cet établissement;• les temps d'attente de plus de huit semaines pour les cas de radio-oncologie sont passés de 206 patients en mars 2003 à 21 patients en septembre 2005;• 3 millions de dollars en mai 2005 pour permettre des heures supplémentaires dans les centres de radio-oncologie;• en 2005–2006, le Québec aura 50 appareils d'IRM dans son réseau public et 101 appareils de TDM;• entre 2002–2003 et 2004/05, le nombre de patients qui ont dû subir une chirurgie de la cataracte, une arthroplastie du genou et une arthroplastie de la hanche a augmenté de 16,5 %, de 23 % et de 9,6 % respectivement. <p>(Source : Adapté d'un rapport sur les progrès réalisés à l'égard de l'accord bilatéral de 2004)</p>
Nouveau-Brunswick	<p>En 2005–2006, le Nouveau-Brunswick investira 4,3 millions de dollars afin de réduire les temps d'attente, y compris des investissements dans du nouveau matériel médical et le nouveau personnel, de même qu'un investissement initial dans l'établissement d'un répertoire des patients et de processus normalisés d'évaluation des patients.</p>
Nouvelle-Écosse	<p>Les fonds de 18 millions de dollars de la Nouvelle-Écosse pour 2004–2005 ont été dépensés comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none">• 2,5 millions de dollars : oncologie;• 4,75 millions de dollars : orthopédie;• 1,4 million de dollars : salles d'urgence;• 683 000 \$: dialyse;• 800 000 \$: santé mentale;• 4,9 millions de dollars : laboratoires de cathétérisme cardiaque;

B.8 Les temps d'attente : investissements récents (suite)

Description des investissements	
	<ul style="list-style-type: none">• 2,94 millions de dollars : médecine interne/chirurgie. <p>Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse travaille actuellement à une stratégie de réduction des temps d'attente.</p>
Île-du-Prince-Édouard	<p>Voici quelques-unes des initiatives :</p> <ul style="list-style-type: none">• unité de transition formée d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés;• entente sur l'accès prioritaire aux lits en soins de longue durée;• politique provinciale sur la préférence personnelle de l'emplacement des lits en soins de longue durée. <p>(Source : Adapté d'une présentation au Taming of the Queue, mars 2005)</p>
Terre-Neuve-et-Labrador	<p>Le budget de 2005 attribue 23,2 millions de dollars (14,2 millions de dollars en une fois et 9 millions de dollars de façon permanente) pour l'acquisition de nouveau matériel médical et l'expansion de certains services, comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none">• 2,6 millions de dollars pour un appareil d'IRM à St. John's, offrant 2 500 nouveaux examens par année et réduisant les temps d'attente de quatre mois;• 2 millions de dollars pour le remplacement de deux appareils de TDM afin d'offrir 4 000 examens de plus par année et réduire les temps d'attente de deux semaines;• 1 million de dollars pour une nouvelle unité d'endoscopie améliorée, réduisant le temps d'attente d'environ 40 %;• 1,2 million de dollars afin d'augmenter le nombre de chirurgies cardiaques de 184 cas par année et d'offrir 900 échocardiogrammes de plus chaque année;• 2,6 millions de dollars pour accroître la capacité chirurgicale, occasionnant 340 remplacements articulaires de plus chaque année;• 3,5 millions de dollars, occasionnant 740 chirurgies cardiaques de plus par année et une réduction de 30 % des temps d'attente;• 350 000 \$ pour introduire Visudyne, une nouvelle thérapie photodynamique utilisée dans le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge;• 1,05 million de dollars pour un appareil de TDM à Burin. <p>(Source : Adapté d'un communiqué du gouvernement, 21 mars 2005, http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2005/exec/0704n01.htm.)</p> <p>Les autres activités incluent notamment la détermination des processus actuels utilisés dans les régions pour mesurer les temps d'attente, une consultation sur les définitions communes et l'embauche d'un coordonnateur provincial de la gestion des temps d'attente.</p>
Nunavut	<p>Investissements prévus et pris en considération :</p> <ul style="list-style-type: none">• augmenter le programme d'échographie de façon à inclure deux nouvelles unités d'échographie portables et à ajouter un nouveau poste de technicien;• augmenter la capacité du BHR Specialists Clinic Program pour l'asthme en ajoutant trois postes et l'infrastructure visant à permettre la prestation de plus de services aux collectivités plus petites;• accroître la capacité des services d'orthophonie en ajoutant 1,5 nouveau poste;• créer un système de rapport et de suivi électroniques pour la gestion des temps d'attente.
Territoires du Nord-Ouest	<p>Les services chirurgicaux dans les T.N.-O. sont assurés en grande partie par l'Hôpital territorial de Stanton. On a procédé à un examen des services des salles d'opération de cet établissement. L'examen était axé sur une simplification du processus de prise de décisions, de même que l'utilisation des ressources déjà consacrées au système de salle d'opération afin d'améliorer le rendement global et de réduire les temps d'attente.</p> <p>D'autres initiatives sont en cours. Par exemple, des arrangements ont été pris avec la Région de la santé de la capitale pour qu'on offre aux centres anticancéreux réguliers les services d'oncologues visiteurs et qu'on forme des infirmières et infirmiers en administration de la chimiothérapie afin d'élargir les services de traitement du cancer offerts à Yellowknife pour tous les résidents des T.N.-O.</p> <p>Bien que nous reconnaissons les priorités relatives aux temps d'attente telles qu'elles sont énoncées dans le plan décennal de 2004, les temps d'attente dans les cas de services de réadaptation représentent également une question importante dans les T.N.-O.</p>

B.8 Les temps d'attente : investissements récents (suite)

Description des investissements	
L'introduction d'un répertoire central des patients est en cours.	
Yukon	<p><i>Chirurgie de la cataracte</i> : Cette intervention est maintenant effectuée au Yukon, plutôt que d'exiger que les personnes se déplacent à l'extérieur du territoire. Nous nous attendons à ce que les retards actuels (listes d'attente) soient chose du passé d'ici la fin de 2006.</p> <p><i>Arthroplastie du genou non compliquée</i> : Cette intervention est maintenant effectuée localement, assurant un accès plus rapide et moins de déplacements/dérangements.</p> <p>Le nombre accru de visites par des <i>oto-rhino-laryngologistes</i> a considérablement réduit les temps d'attente dans les cas de consultations et de chirurgies dans ce domaine.</p> <p>Le nombre accru de visites par <i>un plus grand large éventail de spécialistes de sous-spécialité orthopédique</i> a réduit les temps d'attente pour une consultation, réduisant ainsi les temps d'attente entre l'aiguillage initial et le traitement.</p>

B.9 Les temps d'attente : rapports sur les temps d'attente

Information sur les temps d'attente	
Colombie-Britannique	<p>www.healthservices.gov.bc.ca/waitlist</p> <p>La Colombie-Britannique tient à jour un site Web public où l'on retrouve de l'information sur 19 services chirurgicaux particuliers.</p> <p>Pour chaque intervention, le site Web montre les hôpitaux où le service est offert, le nombre de cas terminés au cours des trois derniers mois et le nombre de personnes dont le nom figure encore sur les listes d'attente.</p> <p>Au sein de chaque établissement, on retrouve la liste des chirurgiens qui procurent les soins, le nombre de cas sur chacune de leurs listes et les temps d'attente médians pour différents niveaux d'urgence.</p> <p>Sur son site Web, la C.-B. souligne sa stratégie visant à réduire les temps d'attente et les rapports produits sur les progrès et les initiatives, comme le Projet relatif aux services chirurgicaux de la province.</p>
Alberta	<p>www.health.gov.ab.ca/waitlist/WaitListPublicHome.jsp</p> <p>Le Registre des listes d'attente de l'Alberta couvre 20 spécialités chirurgicales et diagnostiques. L'information sur les temps d'attente est disponible pour les médecins, les établissements et les régies régionales de la santé et décrit les 90 jours précédant la date du rapport.</p> <p>Le site révèle les temps d'attente réels, le temps d'attente médian, le temps d'attente pendant lequel on traite 25 %, 50 % et 75 % des patients, le nombre de patients traités et le nombre de ceux qui attendent.</p> <p>Pour ce qui est du traitement du cancer, on signale le temps d'attente entre l'aiguillage et le rendez-vous et le temps d'attente avant le début du traitement, comparativement aux cibles.</p> <p>L'Alberta souligne d'importants progrès dans les efforts qu'elle déploie pour réduire le temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche et du genou grâce à l'introduction d'une nouvelle voie de soins, de même qu'au niveau de la santé mentale.</p>
Saskatchewan	<p>www.sasksurgery.ca</p> <p>Le site Web du Réseau des soins chirurgicaux de la Saskatchewan (RSCS) donne de l'information sur dix spécialités chirurgicales.</p> <p>Le RSCS produit des rapports sur la répartition des temps d'attente réels sur des intervalles qui correspondent aux niveaux de priorité. Le site Web indique aussi la proportion de dossiers de patients terminés dans une période déterminée, ainsi que le nombre en attente à la fin de la période. Ces renseignements sont fournis pour chaque spécialité par les régies régionales de la santé selon les grandes interventions. Le site Web indique enfin les temps d'attente médians pour les interventions chirurgicales pratiquées et les délais cibles.</p> <p>La Saskatchewan produit des rapports sur le nombre accru de chirurgies occasionnant une réduction du nombre de patients en attente pour une chirurgie. Grâce à son réseau à l'échelle de la province, elle peut suivre de près et mesurer les listes d'attente en chirurgie et les besoins des patients.</p>
Manitoba	<p>www.gov.mb.ca/health/waitlist/index.html</p> <p>Le Site d'information sur les temps d'attente du Manitoba couvre les examens d'imagerie diagnostique, le traitement contre le cancer et la chirurgie cardiaque.</p> <p>Dans le cas de l'imagerie diagnostique, le site Web révèle, par hôpital, le temps d'attente moyen pendant le dernier mois et le nombre d'interventions réalisées au cours de la dernière année. Dans le cas de la radiothérapie et de la chirurgie cardiaque, le site révèle les temps d'attente médians des cas terminés au cours du dernier trimestre et le nombre de traitements administrés ou de cas terminés au cours de la dernière année. Les données actuelles sur le volume de services et les temps d'attente sont fournies côte à côte avec celles de 1998-1999.</p> <p>Le Plan manitobain de réduction des délais d'attente indique les nouveaux investissements dans l'éducation des professionnels de la santé et les investissements de capitaux importants dans les hôpitaux et le matériel</p>

B.9 Les temps d'attente : rapports sur les temps d'attente (suite)

Information sur les temps d'attente	
	de diagnostic. Le gouvernement avait prévu de diffuser un rapport d'information publique sur les temps d'attente au plus tard le 31 décembre 2005.
Ontario	<p>www.ontariowaittimes.com</p> <p>Le site Web de la stratégie sur les temps d'attente de l'Ontario présente des renseignements sur la chirurgie contre le cancer, les interventions cardiaques, la chirurgie de la cataracte, l'arthroplastie de la hanche et du genou, l'IRM et la TDM.</p> <p>Le site Web public révèle le nombre d'interventions réalisées pendant une période en particulier, les temps d'attente médians et moyens, de même que le temps qu'il a fallu pour terminer 90 % des cas. Un site Web à accès contrôlé présente des renseignements au niveau local et la liste des hôpitaux ayant les temps d'attente médians les plus courts.</p> <p>Un rapport présenté par l'Institut de recherche en services de santé (<i>Access to Health Services in Ontario</i>, avril 2005, disponible à l'adresse www.ices.on.ca) traite de l'accès à la chirurgie contre le cancer, aux interventions cardiaques, à la chirurgie de la cataracte, à l'arthroplastie de la hanche et du genou, à l'IRM et à la TDM; le rapport inclut les temps d'attente pour 2001–2002 – 2003–2004, le tarif des services selon la population et les analyses à cet effet.</p>
Québec	<p>www.msss.gouv.qc.ca/sujets/listesdattente/</p> <p>Le site Web du Québec couvre les temps d'attente dans neuf domaines cliniques et présente des rapports, par région et par hôpital, sur le nombre total de patients qui attendent trois mois ou plus pour une chirurgie.</p> <p>Le Québec a lancé un système informatisé de gestion de l'accès aux services (SGAS) dans le but d'évaluer l'accès aux services dans des périodes cliniquement acceptables définies par des comités de spécialistes médicaux.</p>
Nouveau-Brunswick	<p>En décembre 2005, le gouvernement du Nouveau-Brunswick ne fournissait pas de renseignements publics sur les temps d'attente. Le gouvernement avait prévu diffuser un rapport d'information publique sur les temps d'attente au plus tard le 31 décembre 2005.</p>
Nouvelle-Écosse	<p>www.gov.ns.ca/health/waittimes/default.htm</p> <p>Le site Web de la Nouvelle-Écosse donne des renseignements sur les temps d'attente dans le cas des aiguillages vers certains spécialistes, de même que dans le cas des services de diagnostic et de traitement.</p> <p>Le site Web indique les temps d'attente moyens (traitement contre le cancer et imagerie diagnostique) ou le pourcentage de patients traités dans un délai précis (de 30 à 360 jours) par établissement ou par région de santé de district.</p> <p>Sur son site Web, la Nouvelle-Écosse décrit une stratégie et certaines initiatives visant à atteindre les points de repère pour les temps d'attente.</p>
Île-du-Prince-Édouard	<p>www.gov.pe.ca/news/getrelease.php3?number=4418</p> <p>L'Î.-P.-É. n'a pas de site Web consacré aux renseignements sur les temps d'attente, mais un rapport récent présente les temps d'attente médians pour les domaines cliniques déterminés comme étant les priorités dans l'accord sur la santé de 2004.</p>
Terre-Neuve-et-Labrador	<p>www.releases.gov.nl.ca/releases/2005/health/1221n02.htm</p> <p>Sur son site Web, Terre-Neuve-et-Labrador a affiché un rapport sur la mesure dans laquelle les temps d'attente dans la province se comparent aux points de repère pancanadiens annoncés le 12 décembre 2005.</p>
Nunavut	<p>En décembre 2005, le Nunavut ne donnait pas de renseignements publics sur les temps d'attente.</p>

B.9 Les temps d'attente : rapports sur les temps d'attente (suite)

Information sur les temps d'attente	
Territoires du Nord-Ouest	En décembre 2005, les T.N.-O. ne donnaient pas de renseignements publics sur les temps d'attente. Le gouvernement avait prévu diffuser un rapport d'information publique sur les temps d'attente au plus tard le 31 décembre 2005.
Yukon	<p>www.gov.yk.ca/news/2005/05-327.html</p> <p>Le Yukon n'a pas de site Web consacré aux temps d'attente. Sur son site Web, le gouvernement du Yukon indique qu'à l'heure actuelle, il offre seulement quatre des services pour lesquels des points de repère existent, et que les temps d'attente dans ces domaines cliniques sont bien en deçà des points de repère pancanadiens. Le gouvernement avait prévu diffuser un rapport d'information publique sur les temps d'attente au plus tard le 31 décembre 2005.</p>

B.10 Les temps d'attente : normes des temps d'attente

Voici une sélection de normes, de points de repère ou de cibles en matière de temps d'attente (les différents gouvernements et prestataires utilisent différents termes) axée sur les cinq domaines cliniques prioritaires, tels qu'ils ont été déterminés dans le plan décennal de 2004, qui existait au 1^{er} décembre 2005.

	Norme/point de repère/cible	Disponible à :
Colombie-Britannique	Les plans de service du ministère de la Santé (2002–2006) et les ententes en matière de rendement avec l'autorité provinciale des services de santé (2003–2005) recommandent des points de repère et un temps d'attente médian cible pour les interventions. Les résultats doivent être diffusés dans le rapport annuel sur le rendement de l'Office de la santé.	Plans de service du ministère de la Santé www.bcbudget.gov.bc.ca/annualreports/hs/default.htm Ententes de rendement avec l'autorité provinciale des services de santé www.healthservices.gov.bc.ca/socsec/performance.html
Alberta	Le Alberta Cancer Board a comme cible quatre semaines entre l'aiguillage et le rendez-vous avec un radio-oncologue et entre la rencontre avec l'oncologue et la radiothérapie pour le cancer du sein et de la prostate.	Site Web du Alberta Cancer Board www.health.gov.ab.ca/waitlist/CancerChemotherapy.jsp
Saskatchewan	Le Réseau des soins chirurgicaux de la Saskatchewan a établi des objectifs de rendement pour sept catégories d'urgences pour les soins chirurgicaux. Par exemple, les objectifs prioritaires consistent à réaliser 95 % des chirurgies contre un cancer (et d'autres chirurgies de niveau II) en trois semaines et de terminer 100 % de tous les cas chirurgicaux en 18 mois.	Réseau des soins chirurgicaux de la Saskatchewan www.sasksurgery.ca/target_timeframes.htm
Manitoba	Le programme cardiaque de la Régie régionale de la santé de Winnipeg a adopté les guides et points de repère cliniques pour les temps d'attente médicalement acceptables du Réseau de soins cardiaques de l'Ontario.	Association canadienne des institutions de santé universitaires. Mars 2005. « Dans l'attente de changements... évaluation des projets sur les temps d'attente pour les membres de l'ACISU ». Regroupement d'enquêtes. www.achao.org/docs/pdf_2005_wait_watchers_survey_collation.pdf
Ontario	Le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario a établi le temps d'attente maximal recommandé pour un cathétérisme cardiaque, une angioplastie et une chirurgie cardiaque selon la gravité de l'état du patient. St Joseph's Health Care a un temps d'attente maximal cible de deux semaines pour le diagnostic d'anomalies au sein. Le Toronto Rehabilitation Institute offre des tests de résistance au stress et le commencement d'un programme d'exercice de six à huit semaines après un épisode cardiaque.	Réseau de soins cardiaques de l'Ontario www.ccn.on.ca Association canadienne des institutions de santé universitaires. Mars 2005. « Dans l'attente de changements... évaluation des projets sur les temps d'attente pour les membres de l'ACISU ». Regroupement d'enquêtes. www.achao.org/docs/pdf_2005_wait_watchers_survey_collation.pdf Association canadienne des institutions de santé universitaires. Mars 2005. « Dans l'attente de changements... évaluation des projets sur les temps d'attente pour les membres de l'ACISU ». Regroupement d'enquêtes. www.achao.org/docs/pdf_2005_wait_watchers_survey_collation.pdf

B.10 Les temps d'attente : normes des temps d'attente (suite)

Voici une sélection de normes, de points de repère ou de cibles en matière de temps d'attente (les différents gouvernements et prestataires utilisent différents termes) axée sur les cinq domaines cliniques prioritaires, tels qu'ils ont été déterminés dans le plan décennal de 2004, qui existait au 1^{er} décembre 2005.

	Norme/point de repère/cible	Disponible à :
	<p>Le Réseau universitaire de santé diffuse des rapports sur le rendement en fonction des cibles établies pour un certain nombre de services, notamment :</p> <p>l'aiguillage vers une opération chirurgicale non urgente en raison d'un remplacement articulaire; la prise d'un rendez-vous pour une chirurgie en raison d'une cataracte; l'aiguillage en oncologie médicale vers le premier rendez-vous disponible; et l'aiguillage en médecine des rayonnements vers une consultation.</p> <p>L'Hôpital général de Kingston a mis au point un système interne d'évaluation des urgences et établi les délais cibles connexes.</p>	<p>Réseau universitaire de santé www.uhn.ca/patient/wait_times/index.asp</p> <p>Association canadienne des institutions de santé universitaires. Mars 2005. « Dans l'attente de changements... évaluation des projets sur les temps d'attente pour les membres de l'ACISU ». Regroupement d'enquêtes. www.acao.org/docs/pdf_2005_wait_watchers_survey_collation.pdf</p>
Nouvelle-Écosse	<p>Au début de 2004, la Nouvelle-Écosse a établi des cibles relatives au temps d'attente pour un certain nombre de domaines, y compris certaines consultations spécialisées, les diagnostics, les aiguillages pour un cancer et les services chirurgicaux.</p> <p>De plus, le Centre de cancérologie de la Nouvelle-Écosse a établi un temps d'attente cible pour les aiguillages qu'il reçoit selon l'emplacement du cancer et d'autres critères cliniques.</p>	<p>Rapport du Provincial Wait Time Monitoring Project Steering Committee. Janvier 2004. www.gov.ns.ca/health/wait_times/full-Wait%20Time.pdf</p>
Terre-Neuve-et-Labrador	<p>L'ancien programme de chirurgie cardiaque/ cardiovasculaire de la Corporation des soins de santé de St. John's a comme politique de terminer les cas urgents de malades hospitalisés en deux semaines.</p>	<p>Association canadienne des institutions de santé universitaires. Mars 2005. « Dans l'attente de changements... évaluation des projets sur les temps d'attente pour les membres de l'ACISU ». Regroupement d'enquêtes. www.acao.org/docs/pdf_2005_wait_watchers_survey_collation.pdf</p>

B.11 La gestion de l'information : dossiers de santé électroniques et prescriptions par voie électronique

	Prestataires de soins de santé primaires qui ont/auront accès aux dossiers de santé électroniques	Prescriptions par voie électronique	Services de télésanté	Proportion de la population recevant des services par l'intermédiaire de la télésanté
Colombie-Britannique	<p>En 2003–2004, la Colombie-Britannique a établi un Comité directeur sur la santé électronique (Electronic Health Steering Committee) dans le but d'accélérer la mise au point et la mise en œuvre de la cybersanté (e-Health) pour la province.</p> <p>La Colombie-Britannique prévoit qu'un dossier de santé électronique (DSE) provincial sera accessible par tous les médecins de premier recours d'ici 2008. La technologie Web permettra d'avoir accès aux résultats d'examens de laboratoire des patients, aux antécédents pharmaceutiques, aux images/rapports diagnostiques en plus de permettre de traiter certaines populations (par exemple, celles qui sont atteintes d'une maladie chronique). À ce jour, approximativement 9 % des médecins en Colombie-Britannique ont recours aux systèmes de dossiers médicaux électroniques (DME) dans leur pratique.</p> <p>Les projets sur la cybersanté vont de l'avant dans toutes les régions de la province.</p> <p>Dans le nord, bon nombre de médecins travaillant dans des bureaux et des petits centres médicaux dans les collectivités éloignées peuvent entrer dans le réseau de</p>	<p>La Colombie-Britannique en est actuellement à prendre certaines mesures pour mettre au point une stratégie, la e-Health Drug Strategy, et les discussions à ce sujet sont en cours. La province a comme objectif de faire en sorte que 50 % des prescriptions soient envoyées et remplies par voie électronique dans les trois prochaines années.</p> <p>Il y a actuellement un projet en cours en partenariat avec Inforoute Santé du Canada. Ce projet vise à mettre au point l'approche et le plan de mise en œuvre détaillés des composantes relatives aux médicaments du dossier de santé électronique (DSE), y compris la prescription par voie électronique.</p> <p>Le programme MPAP, qui donne aux médecins l'accès à PharmaNet, représente une autre étape vers la mise en œuvre de la prescription par voie électronique. Le MPAP permet aux médecins d'entrer des échantillons de médicaments dans le profil du patient sur PharmaNet. L'expansion des médicaments en vertu de PharmaNet de façon à inclure les médicaments donnés aux patients hospitalisés et d'autres médicaments prescrits dans le milieu communautaire et l'accroissement de</p>	<p>La télésanté en Colombie-Britannique inclut ce qui suit :</p> <p><i>Éducation en santé</i> – On utilise la vidéoconférence pour assurer une formation médicale continue, pour les rondes médicales, pour les réunions des services chirurgicaux et pour le partage d'information clinique et la formation.</p> <p><i>Consultation entre un patient et un prestataire de soins, y compris la supervision</i> – La province offre actuellement des consultations sur la chirurgie téléthoracique, la téléoncologie, la télépsychiatrie, la télénéphrologie, la génétique médicale, la télééchocardiologie, le soin des plaies, de même que diverses consultations sur la réadaptation, à l'aide des services de télésanté.</p> <p><i>Consultation entre deux prestataires</i> – En Colombie-Britannique, la plupart des consultations entre deux prestataires ont lieu au téléphone. À ce jour, la technologie de la vidéoconférence n'est pas très utilisée à cette fin.</p> <p><i>Visites des patients par des membres de la famille au moyen de la vidéoconférence</i> – La Colombie-Britannique a rendu la technologie de la vidéoconférence accessible aux membres</p>	<p>Selon le système de cotation de la Subsidiary Agreement for Physicians in Rural Practice (RSA), 125 collectivités en Colombie-Britannique satisfont actuellement aux critères de base pour être considérées comme rurales ou éloignées. Les services de télésanté sont offerts dans 28 de ces collectivités.</p> <p>Le 7 avril 2005, Network BC a annoncé un partenariat avec TELUS visant à offrir des points d'accès à large bande à 366 collectivités de la C.-B. L'entente permettra à 119 des 151 autres collectivités mal desservies de la province d'être branchées d'ici la fin de 2006. La province collaborera avec d'autres fournisseurs pour brancher les 32 autres collectivités dans le même calendrier.</p> <p>Le pourcentage d'habitants de la Colombie-Britannique qui ont accès aux services de soins de santé primaires par l'intermédiaire de la télésanté continue d'augmenter. À ce jour, approximativement 10 % des habitants de la Colombie-Britannique ont recours au service de la BC NurseLine. Toutefois, les services de vidéoconférence ne sont pas encore largement utilisés, moins de 1 % de la population utilisant cette technologie et y ayant accès.</p>

B.11 La gestion de l'information : dossiers de santé électroniques et prescriptions par voie électronique (suite)

Prestataires de soins de santé primaires qui ont/auront accès aux dossiers de santé électroniques	Prescriptions par voie électronique	Services de télésanté	Proportion de la population recevant des services par l'intermédiaire de la télésanté
<p>communications sans fil sécuritaire et à haute vitesse de la règle de la santé pour avoir accès à un large éventail de soutiens et de services médicaux. Quatre vingt-quinze pour cent des médecins de la région tirent avantage de ce système.</p> <p>Plus de 13 000 prestataires de soins de santé, y compris 1 200 médecins dans le secteur de l'intérieur, ont accès en ligne aux renseignements relatifs au patient de 700 000 résidents de partout dans la région. Cela diminue le temps qu'ils ont déjà dû passer pour commander et attendre les dossiers des patients ou au moment d'interroger les patients sur leurs antécédents médicaux. Ce système sera relié tôt ou tard à d'autres systèmes régionaux dans le but d'assurer un accès à l'échelle provinciale aux renseignements exacts et à jour propres aux patients.</p>	<p>l'accès à PharmaNet sont prévus dans le cadre du e-Health Drug Project.</p> <p>Dans le cadre du e-Health Drug Project, on planifie mettre en œuvre un outil électronique d'autorité spéciale pour les médecins qui soit intégré à la solution de prescription électronique.</p>	<p>de la famille d'un patient malade ou blessé hospitalisé dans un centre éloigné du domicile familial (p. ex., situations de soins palliatifs en pédiatrie). D'autres centres prévoient offrir ces mêmes services aux patientes de la maternité qui se rétablissent dans des centres de soins tertiaires.</p> <p><i>Services radiologiques et autres services de diagnostic</i> – La province a fait d'importants investissements dans les systèmes d'imagerie diagnostique, étant une des principales composantes de base du dossier de santé électronique (DSE). Actuellement, la plupart des régies de la santé transmettent des images de l'échocardiogramme et de l'échographie en direct à des fins d'interprétation et assurent un transfert en mode différé des images numériques à des fins d'examen et d'évaluation.</p> <p><i>Autres</i> – La Colombie-Britannique offre des services de télésanté actifs dans de nombreux domaines d'intervention clinique, y compris les suivants : oncologie, santé mentale/psychiatrie, médecine maternelle/fœtale, génétique médicale, orthopédie, pharmacie, chirurgie thoracique, trauma, soin des plaies, réadaptation et développement, troubles</p>	<p>La Colombie-Britannique a récemment obtenu l'approbation et le financement d'Inforoute Santé du Canada pour mettre au point un plan stratégique provincial sur la télésanté ayant comme objectif d'accorder une grande priorité à l'expansion des services de télésanté offerts aux habitants vivant dans les secteurs ruraux, éloignés et mal desservis.</p>

B.11 La gestion de l'information : dossiers de santé électroniques et prescriptions par voie électronique (suite)

	Prestataires de soins de santé primaires qui ont/auront accès aux dossiers de santé électroniques	Prescriptions par voie électronique	Services de télésanté	Proportion de la population recevant des services par l'intermédiaire de la télésanté
			de l'alimentation/nutrition, médecine néonatale, cardiologie, soins palliatifs, physiothérapie et orthophonie. D'ici 2006, un système d'ordonnancement de vidéoconférences sur la télésanté aidera à maximiser l'utilisation efficiente du personnel et du matériel.	
Alberta	Le DSE de l'Alberta a été déployé dans les neuf régions de la santé. Il y a au total 10 261 prestataires de soins de santé qui ont accès au DSE de l'Alberta.		Il y a 261 sites de télésanté en Alberta. Les services incluent notamment le counseling psychiatrique, les soins pédiatriques, la physiothérapie, la planification du congé clinique, les conférences de cas et les visites par la famille.	
Saskatchewan			Éducatifs et cliniques	Il y a 18 sites télésanté dans 16 collectivités. <i>Éducatifs</i> - 5 381 patients ont participé. <i>Cliniques</i> - 137 séances dans le cadre desquelles 309 patients ont été vus.
Manitoba	Le Manitoba travaille en collaboration avec les régions régionales de la santé et d'autres secteurs de compétence, à l'échelle provinciale et fédérale, pour la mise au point d'un dossier de santé électronique provincial. L'objectif consiste à avoir un dossier de santé électronique provincial		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Éducation en santé</i> : oui • <i>Consultation entre un patient et un prestataire de soins, y compris la supervision</i> : oui • <i>Consultation entre prestataires</i> : oui • <i>Visites des patients par les membres de la famille au moyen de la vidéoconférence</i> : oui 	La technologie de la télésanté est actuellement utilisée dans 20 collectivités éloignées, rurales ou du nord du Manitoba grâce au réseau Télésanté Manitoba. La proportion de cette population qui reçoit des services de soins de santé primaires est inconnue à ce moment. Le rapport de

B.11 La gestion de l'information : dossiers de santé électroniques et prescriptions par voie électronique (suite)

	Prestataires de soins de santé primaires qui ont/auront accès aux dossiers de santé électroniques	Prescriptions par voie électronique	Services de télésanté	Proportion de la population recevant des services par l'intermédiaire de la télésanté
	qui soit utilisé par tous les prestataires de soins de santé. En l'absence d'un dossier de santé électronique provincial, certaines cliniques privées ont choisi d'utiliser les dossiers de santé électroniques et de les incorporer à leurs sites de pratique.		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Services radiologiques et autres services de diagnostic</i> : oui, offerts par l'intermédiaire du programme provincial de services de diagnostic. 	Télésanté Manitoba pour 2004–2005 indiquait que l'activité clinique englobait 68,5 % de l'activité du réseau.
Ontario	<p>Le dossier de santé électronique (DSE) de l'Ontario est un élément fondamental de la Stratégie sur la cybersanté de l'Ontario. La Stratégie sur la cybersanté de l'Ontario s'harmonise avec le plan directeur d'Inforoute Santé du Canada pour un DSE pancanadien et est conforme à l'objectif établi voulant que 50 % des Canadiens aient un DSE partageable d'ici 2009.</p> <p>Une des composantes de la Stratégie sur la cybersanté de l'Ontario est une mise en œuvre particulière du Système de gestion clinique (SGC) et du dossier médical électronique (DME) par l'intermédiaire d'initiatives des médecins de premier recours, de même que des dossiers électroniques centralisés spécifiques, comme le Electronic Child Health Network (eCHN) établi à l'Hôpital pour enfants malades de Toronto.</p> <p>Les efforts déployés par l'Ontario ne ciblent pas</p>	Pas de nouvelles initiatives dans le domaine des prescriptions par voie électronique.	<p>En 2004–2005, plus de 25 000 activités par vidéoconférence ont été coordonnées à l'échelle de la province, 17 000 de ces activités étaient de nature clinique.</p> <p>L'activité du service de l'application clinique de la télésanté représente 75 % de l'utilisation de la télésanté. Cela comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la prestation de plus de 70 services de sous-spécialités cliniques, p. ex., psychiatrie, dermatologie, pédiatrie et cardiologie; • la télé-ACV, la neurologie, le traitement des brûlures, la médecine interne, l'oncologie, la chirurgie, l'anesthésie, les contacts alimentaires, la réadaptation par la médecine physique, la gériatrie, la pathologie. <p>L'autre 25 % de l'activité du service représente l'éducation et la formation, les consultations entre les professionnels de la santé et les activités administratives.</p>	<p>Nord-Est</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a 10 000 patients distincts dans le Nord-Est. • Cela représente 1,7 % de la population du Nord-Est de l'Ontario. <p>Nord-Ouest</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a 5 780 patients distincts dans le Nord-Ouest. • Cela représente 2,4 % de la population du Nord-Ouest de l'Ontario. <p>Même si les citoyens du nord dépendent davantage des services de télésanté, plus de 250 collectivités à l'échelle de l'Ontario sont désignées comme étant des collectivités rurales, mal desservies ou appartenant aux Premières nations. Depuis 2004, plus de 70 de ces collectivités éloignées sont reliées à de grands centres par l'intermédiaire de la télésanté et reçoivent tous les soins pratiques qui sont offerts à ce stade par l'intermédiaire de ce réseau de prestation des services.</p>

B.11 La gestion de l'information : dossiers de santé électroniques et prescriptions par voie électronique (suite)

Prestataires de soins de santé primaires qui ont/auront accès aux dossiers de santé électroniques	Prescriptions par voie électronique	Services de télésanté	Proportion de la population recevant des services par l'intermédiaire de la télésanté
<p>exclusivement les prestataires de soins de santé primaires. Les données actuelles révèlent qu'au plus 10 % des médecins de premier recours en Ontario ont mis en œuvre et utilisent un DME complet dans leur pratique. De plus, la Stratégie sur la cybersanté de l'Ontario inclut l'élaboration de systèmes cliniques essentiels pour les services de laboratoire et pharmaceutiques qui influenceront l'adoption du DSE grâce à une intégration avec les systèmes de soins de santé primaires, les soins continus et les systèmes d'information hospitaliers.</p> <p>L'accès à ces dépôts de données cliniques à l'échelle provinciale et au DSE sera facilité grâce à l'implantation d'une infrastructure commune par l'Agence des systèmes intelligents pour la santé et grâce à l'élaboration du Portail des médecins conjointement avec une filiale de l'Association médicale de l'Ontario.</p>		<p>Actuellement, la vidéoconférence est introduite aux unités de santé publique à l'échelle de la province afin qu'elle joue un rôle essentiel dans la détection anticipée et la gestion d'une situation de crise en raison d'une épidémie et dans la préparation à cet effet.</p> <p>La satisfaction à l'égard de la télésanté chez les patients et les cliniciens dépasse 90 %. Les raisons de cette grande satisfaction incluent notamment une diminution du temps de déplacement et des coûts, une diminution des temps d'attente pour l'obtention de services et la facilité d'utilisation des périphériques médicaux, comme les caméras à haute résolution, des otoscopes et des stéthoscopes numériques.</p> <p>Selon les volumes actuels, la télésanté permet au Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales d'épargner plus de 3 millions de dollars par année en coûts de subventions pour frais de transport.</p>	

B.11 La gestion de l'information : dossiers de santé électroniques et prescriptions par voie électronique (suite)

	Prestataires de soins de santé primaires qui ont/auront accès aux dossiers de santé électroniques	Prescriptions par voie électronique	Services de télésanté	Proportion de la population recevant des services par l'intermédiaire de la télésanté
Nouveau-Brunswick	On vise à ce que le système de dossiers de santé électroniques au Nouveau-Brunswick soit accessible par les médecins travaillant dans les hôpitaux ou en cabinet privé, de même que par d'autres professionnels de la santé travaillant dans des hôpitaux, dans un centre de santé communautaire ou dans des milieux de pratique en collaboration.	Le Bureau de cybersanté coordonne les efforts déployés par le Nouveau-Brunswick en vue d'introduire une nouvelle technologie de l'information/gestion de l'information, y compris les prescriptions par voie électronique.	Les services offerts par l'intermédiaire de la télésanté au Nouveau-Brunswick incluent notamment l'éducation en santé, la consultation entre un patient et un fournisseur et les visites des patients par vidéoconférence. De plus, le Nouveau-Brunswick offre un traitement par télépsychiatrie, utilise les techniques de la télésanté pour le triage des soins coronariens actifs et met actuellement en application un programme pilote sur la téléreadaptation.	Tous les habitants du Nouveau-Brunswick qui vivent dans des régions rurales et urbaines ont accès aux services de soins de santé primaires grâce au service de triage par téléphone Tele-Care.
Nouvelle-Écosse	En Nouvelle-Écosse, le dossier de santé électronique est interprété comme étant un dossier de santé complet qui intégrerait tous les aspects des soins de santé d'un particulier dans tout le continuum des soins. Cet objectif n'a pas encore été atteint en Nouvelle-Écosse, qui en est encore à l'étape de la mise en œuvre d'un dossier électronique du patient en milieu hospitalier. De plus, le programme de gestion de l'information sur les soins de santé primaires (Primary Healthcare Information Management Program (PHIM)) est une initiative bénévole qui permettra à tous les fournisseurs à l'échelle de la province d'utiliser des systèmes de dossiers électroniques du patient approuvés. Les fournisseurs de		<p><i>Centre d'intérêt du réseau</i> : Le Nova Scotia Telehealth Network (NSTHN) aide à la prestation d'un large éventail de services cliniques et de programmes d'éducation aux patients et aux fournisseurs de soins de santé, notamment,</p> <ul style="list-style-type: none"> • les services liés au patient (soins cliniques, éducation des patients, visite des patients); • les séances d'éducation des professionnels de la santé (y compris les rondes de spécialité, les programmes Continuing Medical Education et Continuing Nursing Education); les rencontres administratives. <p><i>Nombre de sites</i> : 46</p> <p><i>Technologie actuelle</i> : RNIS.</p>	Le réseau NSTHN est un réseau de communications par vidéoconférence qui offre des services à 46 établissements axés sur les soins de santé en Nouvelle-Écosse. Le réseau possède les techniques de la télésanté dans les soins tertiaires et dans les hôpitaux régionaux et communautaires, de même que dans plusieurs centres de santé communautaire et dans un établissement de justice pour les jeunes.

B.11 La gestion de l'information : dossiers de santé électroniques et prescriptions par voie électronique (suite)

	Prestataires de soins de santé primaires qui ont/auront accès aux dossiers de santé électroniques	Prescriptions par voie électronique	Services de télésanté	Proportion de la population recevant des services par l'intermédiaire de la télésanté
	<p>soins de santé de la Nouvelle-Écosse peuvent maintenant avoir accès à ce système de dossiers électroniques du patient qui est administré par un centre de données solide et sécuritaire. Actuellement, on estime que 3 % des médecins de famille ont accès à un tel système. Étant donné l'implantation prévue de 150 licences de plus au cours de la prochaine année, l'accès approchera les 20 %.</p>		<p>Le site des soins de santé primaires sert actuellement à offrir des séances d'éducation et des rencontres administratives à partir des installations de soins tertiaires jusqu'aux établissements de soins de santé primaires. Les plans futurs incluent notamment la prestation de soins cliniques à partir de l'établissement de soins tertiaires jusqu'à l'établissement de soins de santé primaires. Les applications déterminées incluent notamment la télédermatologie et la télésanté mentale.</p> <p>Les coûts et avantages de la mise en œuvre à grande échelle des services de vidéoconférence dans les établissements de soins primaires devront être évalués.</p>	
Île-du-Prince-Édouard	<p>L'Île-du-Prince-Édouard a annoncé qu'elle électronique ses dossiers de santé pour que les prestataires de soins de santé des hôpitaux et des centres de santé familiale de cette province aient accès à des dossiers complets sur la santé des patients.</p>			<p>La région à l'ouest de la province a bénéficié d'un projet de télésanté auquel ont participé des infirmiers et infirmières. Les médecins offrent des consultations et donnent des directives.</p> <p>Cette région de la province représente 10,5 % de la population de l'Î.-P.-É.</p>

B.11 La gestion de l'information : dossiers de santé électroniques et prescriptions par voie électronique (suite)

	Prestataires de soins de santé primaires qui ont/auront accès aux dossiers de santé électroniques	Prescriptions par voie électronique	Services de télésanté	Proportion de la population recevant des services par l'intermédiaire de la télésanté
Terre-Neuve-et-Labrador	<p>Terre-Neuve-et-Labrador en est à évaluer l'accès aux dossiers, y compris l'utilisation du dossier médical électronique par tous les fournisseurs de soins de santé primaires dans un domaine de projet en milieu rural et urbain. Un processus d'évaluation officiel est actuellement mis au point dans le but d'influencer le régime provincial.</p>	<p>Le réseau d'information pharmaceutique est une des trois principales composantes cliniques du DSE. Parmi les autres avantages cliniques, administratifs et financiers, cette initiative permettra aux pharmaciens, aux médecins et à d'autres fournisseurs de soins de santé autorisés d'avoir accès au profil pharmaceutique complet d'un patient. Un meilleur accès à l'information pharmaceutique appropriée améliorera la qualité des soins et la sécurité du patient, et facilitera la responsabilisation.</p> <p>Le réseau d'information pharmaceutique de T.-N.-L. sera établi par étape, reliant ultérieurement des médecins, des pharmaciens, des hôpitaux et d'autres fournisseurs de soins de santé autorisés ensemble dans un réseau virtuel privé.</p> <p><i>Première étape</i> - Établir une base de données cliniques provinciale.</p> <p><i>Deuxième étape</i> - Intégrer les systèmes de pharmacie en milieu hospitalier au réseau d'information pharmaceutique.</p> <p><i>Troisième étape</i> - Introduire la prescription par voie électronique et toutes les fonctionnalités disponibles dans les bureaux de médecins communautaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Éducation en santé</i> - bien établi. • <i>Consultation entre un patient et un fournisseur de soins, y compris la supervision</i> - en émergence. • <i>Consultation entre fournisseurs</i> - en émergence. • <i>Visites d'un patient par les membres de la famille au moyen de la vidéoconférence</i> - en émergence. • <i>Services radiologiques et autres services de diagnostic</i> - bien établis. <p>Le régime provincial de télésanté a récemment été mis au point et le plan de mise en œuvre est en train d'être terminé. Ce plan donnera une orientation plus complète et plus coordonnée pour la télésanté provinciale.</p>	<p>Une grande partie de cette population reçoit certains de leurs services de soins de santé primaires par l'intermédiaire de divers systèmes de télésanté (p. ex., téléphone, vidéoconférence, etc.), mais la prestation de ces services par ces systèmes est irrégulière en plus de ne pas être coordonnée.</p>

B.11 La gestion de l'information : dossiers de santé électroniques et prescriptions par voie électronique (suite)

	Prestataires de soins de santé primaires qui ont/auront accès aux dossiers de santé électroniques	Prescriptions par voie électronique	Services de télésanté	Proportion de la population recevant des services par l'intermédiaire de la télésanté
		Les prescriptions par voie électronique nécessiteront des changements législatifs.		
Nunavut	Aucun. Les données sont recueillies aux fins du régime d'assurance-maladie seulement.		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Activité clinique</i> : 36 % • <i>Visites</i> : 4 % • <i>Éducation</i> : 45 % • <i>Administration</i> : 8 % • <i>Recherche en santé ou celle utilisée par d'autres services du gouvernement du Nunavut</i> : 7 % 	La télésanté est offerte dans les 25 collectivités du Nunavut.
Territoires du Nord-Ouest	Le ministère de la Santé et des Services sociaux récemment conclu une entente de planification avec Inforoute Santé du Canada dans le but d'évaluer son état de préparation à la mise en œuvre d'un système de dossiers de santé électroniques ayant des liens avec les provinces et les territoires qui offrent des soins de recours aux résidents des T.N.-O. On prévoit qu'un plan de développement sera établi pour l'exercice 2006–2007 et que la mise en œuvre commencera en 2007–2008. Le ministère a également financé un projet pilote sur les dossiers médicaux électroniques.	Une nouvelle <i>Loi sur la pharmacie</i> est en cours de rédaction. On prévoit sa promulgation pour 2006. Elle permettra d'implanter un système de délivrance d'ordonnances par voie électronique si la chose devient faisable un jour dans les Territoires du Nord-Ouest.	La télésanté offre notamment des services de consultation dans les domaines suivants : médecine générale, orthopédie, médecine interne, néphrologie, obstétrique/gynécologie, oto-rhino-laryngologie, dermatologie, ophtalmologie, radiographie d'urgence/émergente, échographie, orthophonie, physiothérapie, ergothérapie, alimentation, psychiatrie, services de traitement des toxicomanies. On a recours à la télésanté pour sensibiliser les gens au diabète et à la pré-dialyse et pour favoriser la formation familiale. On a également recours à la télésanté pour la planification du congé, de même que pour le mentorat des chirurgiens, les services biomédicaux et l'enseignement médical continu.	Des 33 collectivités des T.N.-O., neuf ont des sites de télésanté.

B.11 La gestion de l'information : dossiers de santé électroniques et prescriptions par voie électronique (suite)

	Prestataires de soins de santé primaires qui ont/auront accès aux dossiers de santé électroniques	Prescriptions par voie électronique	Services de télésanté	Proportion de la population recevant des services par l'intermédiaire de la télésanté
Yukon	Au Yukon, les DSE en sont encore à leur toute première étape de développement.		<p><i>Éducation en santé :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Éducation sur le diabète, de même que quelques autres séances axées sur le client ou le public. <p><i>Consultation entre un patient et un fournisseur de soins, y compris la supervision :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> pour le diabète, la santé mentale, un patient provenant d'Edmonton pour des problèmes rénaux; plusieurs clients d'Edmonton pour l'orthophonie; pour le suivi de quelques patients atteints d'un cancer; services pharmaceutiques et de traitement de l'alcoolisme à Watson Lake offerts par Whitehorse. <p>Consultation entre fournisseurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> principalement pour la santé mentale, en particulier avec la Yukon Family Services Association; certaines pour les consultations entre infirmières entre les centres de santé; et le Child Development Centre utilise ces consultations pour offrir de l'aide à ses travailleurs dans les collectivités à l'extérieur de Whitehorse. <p><i>Visites des patients par les membres de la famille au moyen de la vidéoconférence :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> très peu. 	À ce stade, la télésanté en est à l'étape du développement au Yukon, et peut-être 1 % de sa population reçoit des services de soins de santé primaires par l'intermédiaire de la télésanté.

B.11 La gestion de l'information : dossiers de santé électroniques et prescriptions par voie électronique (suite)

Prestataires de soins de santé primaires qui ont/auront accès aux dossiers de santé électroniques	Prescriptions par voie électronique	Services de télésanté	Proportion de la population recevant des services par l'intermédiaire de la télésanté
---	-------------------------------------	-----------------------	---

La télésanté peut être utilisée à titre d'*outil de triage*, pour les services de radiologie et autres services de diagnostic (p. ex., où une image radiologique est envoyée aux services des urgences à l'Hôpital général de Whitehorse afin d'aider à la prise de décisions).

- Autres :*
- Exigences en matière d'administration, ce qui comprend les entrevues d'emploi, les réunions et les consultations communautaires.

C.1 Progrès dans l'application des conseils donnés par le CCS dans son rapport annuel de 2005

Thème	Conseil	Progrès
Soins primaires	Employer des définitions communes des soins primaires.	Certains progrès — On a lancé une campagne nationale de sensibilisation visant à faire l'éducation du public en matière de soins primaires, mais les secteurs de compétence continuent à utiliser chacun une définition et des termes particuliers pour décrire les activités locales.
	Hâter l'adoption de nouveaux modèles de prestation de soins.	Certains progrès — Les provinces et les territoires créent des équipes interprofessionnelles, mais pas aussi rapidement que l'aurait souhaité le Conseil. On n'a pas modifié les objectifs de l'Accord en ce qui concerne la mise en place des services en soins primaires.
	Créer une tribune d'échange des pratiques novatrices.	Progrès — Santé Canada a établi un Réseau des pratiques exemplaires par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.
	Lever les obstacles d'ordre réglementaire.	Progrès inexistants.
	Changer les modèles d'éducation et de formation.	Certains progrès — 11 projets pilotes doivent être menés à bien en 2007.
	Hâter l'introduction de la technologie de l'information — mise en place intégrale de systèmes électroniques de dossiers de santé à l'échelle du pays d'ici 2010.	Progrès inexistants — L'objectif demeure inchangé pour Inforoute Santé du Canada.
Ressources humaines de la santé	Mettre l'accent sur les équipes plutôt que sur les divers professionnels de la santé dans les efforts de planification.	Certains progrès — Les secteurs de compétence planifient en fonction des diverses professions de la santé, mais ont reconnu la nécessité d'adopter des modèles d'équipes.
	Donner des possibilités de formation aux professionnels de la santé en place pour qu'ils apprennent à travailler ensemble en toute efficacité.	Certains progrès — Quatre des projets de formation interprofessionnelle comportent des volets de perfectionnement professionnel continu.
	Créer des encouragements non financiers au recrutement et au maintien en poste.	Certains progrès — La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, le Collège canadien des directeurs de services de santé et le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada s'attachent tous au facteur qui représente un milieu de travail sain dans les mesures de recrutement et de maintien en poste.
	Planifier en collaboration.	Certains progrès — On a dressé un cadre pancanadien de planification et les provinces tant de l'ouest que de l'est du pays se sont dotées d'organismes régionaux de gestion des ressources humaines de la santé.

C.1 Progrès dans l'application des conseils donnés par le CCS dans son rapport annuel de 2005 (suite)

Thème	Conseil	Progrès
Soins à domicile	Progrès inconnus dans un certain nombre de dossiers, car les ministres de la Santé ont jusqu'à décembre 2006 pour rendre compte des progrès accomplis.	
	Intégrer les soins en santé mentale communautaire aux programmes de soins primaires.	Progrès inconnus.
	Examiner la possibilité de prolonger la période de deux semaines.	Progrès inconnus.
	S'attacher aux besoins des malades chroniques en soins à domicile.	Progrès inconnus.
	Relier les activités de planification des soins à domicile à une stratégie de gestion des ressources humaines de la santé.	Progrès inconnus.
	Tirer parti de la technologie de l'information.	Certains progrès — Les technologies de télésanté sont appliquées dans certaines collectivités rurales.
Gestion des médicaments	Progrès inconnus dans un certain nombre de dossiers, car les ministres de la Santé ont jusqu'à juin 2006 pour rendre compte des progrès accomplis.	
	Définir une norme minimale de protection-médicaments qui s'applique à l'échelle du pays.	Progrès inconnus.
	Établir un mécanisme d'examen et de comparaison des répertoires de médicaments relevant des régimes d'assurance-médicaments.	Progrès inconnus.
	Relever les médicaments qui coûtent plus de 5 000 \$ par personne en une année et jauger le degré actuel de protection de la population dans les divers régimes publics.	Progrès inconnus.
	Développer le programme commun en place d'examen des nouveaux produits et y inclure les médicaments existants.	Progrès — Le Programme commun d'examen des médicaments assume désormais la responsabilité de l'examen des médicaments existants.
	Investir dans l'élaboration d'une information impartiale et objective sur les médicaments.	Certains progrès — Le projet d'électronisation de l'information pharmacothérapeutique de l'Association des pharmaciens du Canada fonctionne bel et bien.
Temps d'attente	Appliquer une stratégie globale de sauvegarde de l'équité entre les secteurs en rivalité pour l'obtention des ressources limitées de la santé.	Certains progrès — 5 domaines prioritaires demeurent au cœur des activités, mais il y a aussi le besoin d'évaluer les temps d'attente dans le cas des services non chirurgicaux.
	Mettre l'information à la disposition du public.	Progrès — 7 secteurs de compétence disposent de sites Web qui renseignent sur les temps d'attente.
	Normaliser les termes et les définitions.	Certains progrès — À l'heure actuelle, il n'y a pas de cadre commun de déclaration des temps d'attente, mais les secteurs de compétence se sont entendus sur des points de repère communs et commenceront à produire des rapports en 2007.
	Évaluer les résultats de santé.	Progrès inexistant — Les résultats de santé ne sont pas visés par ce qui se fait actuellement dans le dossier des temps d'attente.

C.1 Progrès dans l'application des conseils donnés par le CCS dans son rapport annuel de 2005 (suite)

Thème	Conseil	Progrès
	Accroître les capacités là où il y a lieu de le faire.	Progrès — On a procédé à la répartition du Fonds pour la réduction des temps d'attente, mais il faut accroître les capacités du système.
Sécurité des patients	Envisager d'appliquer un système électronique de délivrance d'ordonnances dans des délais raisonnables.	Progrès inexistant.
Indicateurs et rapports publics	Les ministres de la Santé devraient revoir leur stratégie de production de rapports sur des indicateurs comparables de la santé pour que ceux-ci soient plus utiles à la population.	Progrès inexistant.
	On devrait produire un rapport d'ensemble en employant des méthodes uniformes de présentation.	Progrès inexistant.
	On devrait inclure des variables socioéconomiques dans les rapports sur des indicateurs comparables de la santé.	Progrès inexistant.
Inégalités en matière de vie saine et de santé	Élargir la Stratégie en matière de modes de vie sains de manière à dépasser les questions de vie saine et à s'attacher aux inégalités de santé.	Certains progrès — La lutte aux inégalités de santé est un des buts avoués de cette stratégie, mais les objectifs qui ont été rendus publics (saine alimentation, activité physique et poids santé) visent la population tout entière, et non pas les groupes qui sont particulièrement en butte aux inégalités.
	Fixer des objectifs précis de lutte aux inégalités de santé et d'intégration de ces questions aux rapports sur des indicateurs comparables de la santé.	Progrès inexistant.
Santé des Autochtones	Constituer une main-d'œuvre professionnelle de la santé dans les milieux autochtones.	Progrès — Le Plan directeur de la santé des Autochtones tient compte de toutes ces recommandations.
	Cibler les jeunes Autochtones dans les programmes de formation pour les inciter à envisager une carrière dans le domaine de la santé.	
	Mettre en place dans les professions de la santé des programmes de formation où on reconnaît les méthodes traditionnelles de guérison des Autochtones et met l'accent sur la prestation de services au profit des collectivités nordiques ou éloignées.	
	Concevoir des modèles de soins primaires qui tiennent compte des facteurs plus généraux que représentent les déterminants sociaux de la santé.	
	Hâter l'utilisation de la technologie de l'information afin d'améliorer les services destinés aux collectivités autochtones.	