



RENOUVELLEMENT DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA :

À LA HAUTEUR?

Health Council of Canada



Conseil canadien de la santé

RAPPORT ANNUEL AUX CANADIENS 2006

Février 2007

Aperçu 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, puis ont renforcé son rôle par le Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé. Le Conseil fait rapport sur les progrès réalisés quant au renouvellement des soins de santé, sur l'état de santé des Canadiens et sur les résultats de santé au sein de notre système. Il est composé de 26 Canadiens qui ont à cœur l'avenir du système de soins de santé au Canada et souhaitent en garantir la durabilité. Les membres du Conseil comprennent des représentants gouvernementaux et non-gouvernementaux qui ont l'expérience de domaines très divers allant des soins de santé à l'éducation, en passant par les finances.

Financé par Santé Canada, le Conseil est un organisme autonome, sans but lucratif. Les membres de cet organisme sont les ministres de la Santé des secteurs de compétence participants, à savoir le gouvernement fédéral et tous les territoires et provinces, sauf l'Alberta et le Québec.

Ce que nous faisons

Le Conseil canadien de la santé s'est vu confier un mandat unique par les premiers ministres. Il a pour mission de faire rapport directement aux Canadiens des progrès accomplis dans la mise en œuvre des accords de 2003 et 2004 sur la santé, et plus particulièrement de leurs dispositions sur l'imputabilité et la transparence du système. Le Conseil offre une perspective nationale, à l'échelle de tout le système, sur la réforme des soins de santé et propose des conseils constructifs sur les moyens d'améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité des soins de santé, ainsi que la santé de la population canadienne.

La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce à la participation financière de Santé Canada. Ce rapport est publié par le Conseil canadien de la santé, agissant en son nom seul, sans le contrôle ni la supervision de Santé Canada. Les opinions exprimées dans le présent document représentent le point de vue du Conseil de la santé et ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada, ni du gouvernement d'une province ou d'un territoire.

Pour joindre le Conseil canadien de la santé :

Téléphone : 416 481-7397
Télécopieur : 416 481-1381
Adresse : 90, av. Eglinton Est, bureau 900
Toronto (Ontario) M4P 2Y3
Internet : www.conseilcanadiendelasante.ca

Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur?

Février 2007

ISBN : 0-9780488-1-4

Le contenu de cette publication peut être reproduit en tout ou en partie, à des fins non commerciales uniquement et avec le plein consentement du Conseil canadien de la santé.

© 2007 Conseil canadien de la santé

This publication is also available in English.

RENOUVELLEMENT DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA | À la hauteur?

Health Council of Canada



Conseil canadien de la santé

RAPPORT ANNUEL AUX CANADIENS 2006

Février 2007

Table des matières

Avant-propos	1
Aperçu de ce rapport	3
Vue d'ensemble	5
· Ce que les gouvernements ont promis : sommaire	6
· Perception des Canadiens	7
· Ce que nous avons constaté	7
· Ce que nous conseillons	11
Accès aux soins	15
· Soins de santé primaires	16
· Ressources humaines de la santé	24
· Soins à domicile	29
· Gestion des produits pharmaceutiques	32
· Temps d'attente	36
Qualité des soins	43
· Sécurité des patients	44
· Rapports publics sur les indicateurs de santé et le financement	48
Santé de la population	55
· Stratégies de modes de vie sains	56
· Santé des Autochtones	62
L'avenir	66
Références	68
Remerciements	70
Vision et mission du Conseil	70
Membres du Conseil	71
Annexes	73

On trouvera dans un document d'accompagnement les tableaux des secteurs de compétence sur le renouvellement des soins de santé.

Avant-propos : À la recherche de réponses, de réalisations et de rapports

Le premier rapport public annuel du Conseil canadien de la santé portait principalement sur l'accès aux soins de santé. Le second avait pour objectif premier la qualité des soins de santé. Cette année, le Conseil croit qu'il est temps d'examiner notre capacité collective à mesurer la performance des systèmes de soins de santé, partout au pays, et de suggérer des moyens de renforcer la transparence et l'imputabilité dans le secteur de la santé.

Quatre ans après l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, en 2003 – et après un apport de milliards de dollars en transferts fédéraux relatifs à la santé, en plus des investissements provinciaux et territoriaux – quels progrès a-t-on réalisés dans le renouvellement des soins de santé?

Il est difficile de faire des déclarations générales sur l'envergure des changements quant au renouvellement des soins de santé, car le rythme des progrès varie selon le domaine et selon le secteur de compétence. Mais nous avons de bonnes nouvelles à signaler. Partout au pays, les annonces se sont multipliées alors que progressaient des initiatives nées des accords sur les soins de santé. Ainsi, les efforts déployés pour réduire les temps d'attente et pour réformer les soins de santé primaires commencent à porter leurs fruits. Partout, les inscriptions dans les écoles de médecine et de sciences infirmières sont en hausse et la formation donnée aux prestataires de soins de santé les incite à faire tomber les barrières professionnelles pour se concentrer sur les patients. Et les différents secteurs de compétence lancent des stratégies de modes de vie sains.

Mais trop souvent, nous devons nous en remettre à des anecdotes plutôt qu'à des preuves pour répondre aux questions sur la force et la durabilité du renouvellement des soins de santé. Nous ne pouvons pas préciser où les provinces et territoires investissent les fonds de transferts fédéraux en matière de santé, car le détail n'en est pas donné. Et nous savons que dans des domaines importants, comme la couverture des médicaments onéreux, les inégalités en matière de santé et l'état de santé des Autochtones, les objectifs visés sont loin d'être atteints.

Après trois ans de surveillance des engagements pris dans le cadre des accords sur la santé de 2003 et 2004, il ressort clairement que l'exactitude et la précision de nos rapports aux Canadiens dépendent de plusieurs facteurs :

- capacité des gouvernements, engagés dans leur travail, à rendre compte des dépenses et des résultats de santé avec transparence et cohérence;
- clarté, intégralité et utilité des questions posées, et qualité des réponses reçues;
- capacité des systèmes de collecte des données, partout au pays, à fournir des données comparables et complètes pour tirer des conclusions à l'échelle nationale.

Il est troublant de constater que cette année les premiers ministres n'ont pas présenté de rapport sur les indicateurs comparables de santé, alors qu'ils s'étaient engagés à le faire dans l'Accord de 2003. De plus, il est alarmant de voir que le comité mixte fédéral, provincial et territorial chargé de surveiller ce travail a été dissous. Des données ont été affichées sur le site Web de l'Institut canadien d'information sur la santé, à la fin décembre, et Santé Canada a produit un rapport d'envergure fédérale. Mais aucun rapport provincial ou territorial n'est paru. Les engagements sont donc loin d'être respectés. Pour évaluer la promesse d'imputabilité liée aux accords sur les soins de santé, il faut présenter au public des rapports plus détaillés et plus transparents sur la manière dont des investissements historiques ont contribué à améliorer la santé du système et des Canadiens qui y ont recours.

Selon un document d'accompagnement intitulé *Le système de santé : perceptions des Canadiens*, publié avec ce rapport annuel, la vaste majorité des Canadiens « estime que cinq ans ou moins constitue un échéancier raisonnable à l'intérieur duquel on peut s'attendre à de réels changements dans le système de santé canadien ». Alors que le Conseil canadien de la santé entame la quatrième année de son mandat quinquennal, nous invitons les gouvernements, les prestataires de soins de santé et les décideurs de politiques à créer des mécanismes qui facilitent la collecte et le partage de données standardisées, de haute qualité, afin de renforcer l'imputabilité et de guider le processus décisionnel, en vue d'améliorer la santé et les résultats de santé.

Jeanne Besner, IA, Ph.D.

Présidente intérimaire, Conseil canadien de la santé

Aperçu de ce rapport

Dans ce rapport, qui est le troisième rapport annuel du Conseil aux Canadiens, nous rappelons les objectifs des accords sur la santé de 2003 et 2004, discutons les mesures prises par les gouvernements cette année pour atteindre ces objectifs, indiquons les secteurs d'inaction et offrons des conseils quant aux moyens d'appuyer et de renforcer le renouvellement des soins de santé.

Pour préparer ce rapport, notre personnel a tenu des entrevues en personne avec de hauts représentants de tous les secteurs de compétence membres du Conseil canadien de la santé. Comme l'Alberta et le Québec ne sont pas membres, nous n'avons pas demandé à leurs gouvernements de nous communiquer des renseignements. Ce document ne présente donc pas de rapports complets sur leurs efforts de renouvellement des soins de santé, mais en donne des exemples ici et là.

Notre personnel a également recueilli de la documentation, fait des recherches documentaires et obtenu des renseignements pertinents auprès des grandes organisations nationales de la santé. Après avoir évalué et compilé les données, nous avons demandé aux divers secteurs de compétence de les vérifier. Ce rapport donne les résultats de notre collecte de données tout au long de cette année pour présenter, dans une perspective nationale, une image aussi exacte que possible du renouvellement des soins de santé, compte tenu de la situation actuelle quant à la collecte des données et à la présentation des rapports au Canada. Des tableaux de données des divers secteurs de compétence sont présentés dans un document d'accompagnement et sur notre site Web.

Comme pour les années précédentes, ce rapport regroupe les efforts de renouvellement des soins de santé en trois grandes catégories – accès, qualité des soins et santé de la population.

La partie sur l'accès aux soins de santé examine les soins primaires, les services de soins à domicile, les produits pharmaceutiques, les temps d'attente pour les interventions chirurgicales et les procédures de diagnostic, et les ressources humaines de la santé. Dans la partie sur la qualité, nous rendons compte des efforts faits pour améliorer la sécurité des patients et nous considérons de plus près les indicateurs, le financement et les rapports au public. La troisième partie, qui est consacrée à la santé de la population, porte sur les stratégies de modes de vie sains et sur la prévention des maladies chroniques, ainsi que sur la santé des Autochtones.

Ce rapport reflète l'information la plus récente, au moment de sa publication. Les ministres de la Santé devaient rendre compte aux premiers ministres des services de soins à domicile sans frais pour les Canadiens, au plus tard le 31 décembre 2006. Le 17 janvier 2007, on ignorait si les ministères de la Santé avaient présenté des rapports sur les objectifs pour la date voulue, ou dans quelle mesure ils l'avaient fait. Quand les renseignements nécessaires seront communiqués, le Conseil de la santé fera une mise à jour.

Des exemples de pratiques ou de développements notables en matière de santé sont donnés un peu partout dans ce rapport pour souligner que le renouvellement des soins de santé est en train de se faire, et qu'il peut se faire quand le leadership et la détermination s'allient, avec l'appui de ressources, pour consolider notre système de santé.



Ce que les gouvernements ont promis : sommaire | Perception
des Canadiens | Ce que nous avons constaté | Ce que
nous conseillons

VUE D'ENSEMBLE



Ce que les gouvernements ont promis : sommaire

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

En février 2003, le premier ministre du gouvernement fédéral et les premiers ministres des provinces et territoires ont signé un accord sur le renouvellement des soins de santé, représentant des engagements de 36 milliards de dollars sur cinq ans. Les premiers ministres se sont engagés à améliorer l'accès aux prestataires des soins de santé, les procédures de diagnostic et les traitements, les services de soins à domicile et de soins communautaires et les médicaments nécessaires. Ils ont aussi convenu de créer le Conseil canadien de la santé.

Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé

En septembre 2004, le premier ministre du gouvernement fédéral et les premiers ministres des provinces et territoires ont signé un deuxième accord sur le renouvellement des soins de santé, représentant des engagements fédéraux supplémentaires de 41 milliards de dollars sur les 10 prochaines années. Ils ont alors confirmé leur engagement envers les principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Ils ont aussi promis de collaborer, de partager les pratiques exemplaires et de rendre compte au public des progrès effectués dans le renouvellement des soins de santé. Enfin, ils ont donné des responsabilités supplémentaires au Conseil canadien de la santé, lui demandant de rendre compte de l'état de santé des Canadiens et des résultats de santé.

Fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones

En septembre 2004, lors d'une réunion spéciale, les premiers ministres et les dirigeants nationaux des Autochtones ont annoncé la création d'un fonds de 200 millions de dollars, sur cinq ans, destiné à l'adaptation des services de santé aux Autochtones. Ses objectifs étaient les suivants : améliorer l'intégration des services de santé fédéraux et provinciaux, améliorer l'accès aux services de santé aux Autochtones, offrir des programmes et des services de santé plus adaptés aux Autochtones, accroître la participation des Autochtones à la conception, à la prestation et à l'évaluation de ces programmes et services.

Conférence annuelle de 2005 des ministres de la Santé

Lors de cette conférence, les ministres de la Santé ont pris plusieurs engagements importants concernant la couverture des médicaments et la gestion des produits pharmaceutiques, notamment pour accélérer les travaux sur les options relatives à la couverture des médicaments onéreux, élaborer un Programme commun d'évaluation des médicaments, et travailler en vue d'un formulaire national. Ils se sont également entendus sur un ensemble d'objectifs destinés à améliorer la santé des Canadiens.

Accord de Kelowna de 2005 et Plan directeur de la santé des Autochtones

En novembre 2005, une rencontre au sommet de deux jours a réuni les premiers ministres à Kelowna, en Colombie-Britannique. Lors de cette rencontre, le gouvernement fédéral s'est engagé à une contribution de 5 milliards de dollars sur cinq ans pour améliorer la qualité de vie des Autochtones dans les domaines de la santé, du logement et de l'éducation. Les dirigeants de 19 secteurs de compétence, dont le gouvernement du Canada, chaque province et territoire, et cinq groupes autochtones nationaux (Assemblée des Premières Nations, Inuits du Canada, Ralliement national des Métis, Congrès des Peuples Autochtones, Association des femmes autochtones du Canada) se sont entendus sur les principes de cet accord, sous réserve de plus amples discussions quant au financement et à la manière de dépenser les fonds.

Le *Plan directeur de la santé des Autochtones*, qui est un plan décennal de refonte destiné à refermer l'écart entre les résultats de santé pour les Autochtones et pour le public canadien en général, a été présenté lors de cette rencontre. Le gouvernement fédéral s'est engagé à s'en remettre à ce plan directeur pour créer des programmes de santé pour les Autochtones. Mais depuis, il n'a accordé aucun financement à ce plan directeur. Et collectivement, les provinces et territoires ne se sont pas engagés à se référer à ce plan directeur pour élaborer ou instaurer de tels programmes.

Conférence de 2006 des premiers ministres

Dans le Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé, les gouvernements se sont engagés à former un groupe de travail ministériel pour élaborer et instaurer une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (SNPP), comprenant la couverture des médicaments onéreux, et à rendre compte des progrès au plus tard le 30 juin 2006. À la fin de la réunion du Conseil de la Fédération, à St. John's, le 28 juillet 2006, les premiers ministres ont entériné un rapport du groupe de travail sur la SNPP et ont demandé aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé de présenter en septembre 2006 un rapport sur les progrès de la SNPP et de « continuer à travailler sur les éléments clés... en se concentrant tout particulièrement sur le Programme de médicaments onéreux ».

Le 21 septembre 2006, les ministres de la Santé des provinces et territoires ont rendu public un rapport d'étape. Le ministre fédéral n'a pas participé à la parution de ce rapport. Le rapport recommandait, entre autres, que le groupe de travail se concentre plus encore sur les politiques, la conception et l'analyse de coûts des options disponibles pour la couverture des médicaments onéreux.

Perception des Canadiens

Le Conseil s'est dit qu'il était important de comprendre ce que les Canadiens pensent de l'état du système et du rythme des progrès de renouvellement des soins de santé – c'est-à-dire de voir quels sont leurs préoccupations, leurs priorités et leurs espoirs d'avenir.

Après tout, le renouvellement des soins de santé est un engagement national en vue d'un objectif ultime : améliorer la santé de notre système et de nos citoyens, ainsi que leur bien-être. C'est pourquoi le Conseil a jugé pertinent de demander si, après quatre ans d'efforts et après une augmentation des dépenses de santé estimée à 25 milliards de dollars¹, les Canadiens percevaient une amélioration de leur système de santé.

Le Conseil a chargé le professeur Stuart Soroka, de l'Université McGill, d'examiner les données des sondages d'opinion publique des quatre dernières années (de 2002 à 2006) sur le système de santé au Canada. Les sondages d'Ipsos Canada, Centre de recherche Décima, Environics Research Group, Innovative Research Group Inc., Ekos Research Associates Inc., Pollara Inc. et The Strategic Counsel, entre autres, ont été considérés. Le document qui en résulte, intitulé *Le système de santé : perceptions des Canadiens*, fait la synthèse de ces données et paraît en tant que document d'accompagnement avec notre rapport annuel de 2006.

La synthèse du professeur Soroka montre l'évolution des opinions du public à l'égard des questions des soins de santé depuis le rapport de la commission Romanow en 2002. Elle examine les attitudes et les opinions du public sur les progrès de renouvellement, les dépenses gouvernementales, les problèmes du système actuel et les priorités d'avenir.

Voici les conclusions essentielles de cette synthèse.

- La vaste majorité des Canadiens appuie un système de santé public universel.
- Bien que les Canadiens croient que leur système de santé s'est légèrement amélioré au cours des quatre dernières années, 71 % estiment que le système exige de toute urgence des changements fondamentaux, tandis que 54 % réclament une refonte majeure et que 17 % veulent que le système soit rebâti.
- Les Canadiens continuent de considérer leurs expériences du système de santé comme principalement positives, tout en exprimant des inquiétudes quant à sa durabilité.
- Toutefois, depuis 2002, le nombre de Canadiens qui font moins confiance au système de santé a baissé (de 58 % en 2002 à 50 % en 2005). Et le nombre de ceux qui considèrent que la qualité des soins de santé s'est détériorée durant les deux dernières années a encore plus diminué (passant de 63 % en 2003 à 39 % en mars 2006).

- En 2005, 63 % des Canadiens se sont dits confiants qu'ils auraient accès aux services de santé requis si eux-mêmes ou un membre de leur famille tombaient gravement malades. L'accès aux services en temps opportun reste un grand souci des Canadiens, venant en toute première place sur la liste de leurs préoccupations en matière de services de santé.
- Dépenser davantage n'était pas perçu comme la seule solution, même parmi la majorité des Canadiens qui appuient un accroissement du financement gouvernemental pour les soins de santé. En 2004, deux tiers des répondants croyaient qu'il fallait à la fois plus d'argent et un changement fondamental du système. En 2004, 74 % des gens interrogés ont déclaré être fermement convaincus que le gouvernement fédéral devrait transférer davantage d'argent aux provinces. Alors que les Canadiens étaient d'accord pour accorder une souplesse aux provinces dans la manière d'utiliser le financement, 67 % voulaient qu'on y impose des conditions et 70 % demandaient qu'on y rattache des normes nationales.
- En 2003 et 2004, 85 % des Canadiens interrogés espéraient voir des changements réels d'ici cinq ans.



D'autres renseignements sur les sondages d'opinion publique sont donnés tout au long de ce rapport (voir l'icône du mégaphone pour en savoir plus sur les perceptions des Canadiens). La synthèse complète faite par le professeur Soroka se trouve à www.conseilcanadiendelasante.ca.

Ce que nous avons constaté

Dans cette partie, nous résumons les principales conclusions du Conseil quant aux progrès effectués l'an dernier pour renouveler les soins de santé, en montrant aussi bien les réussites que les lacunes. De plus amples détails sont donnés dans ce rapport, ainsi qu'à l'annexe Tableau 1 et dans un document d'accompagnement. À la suite de notre surveillance, nous avons aussi indiqué les défis les plus communs que présentent les rapports sur le renouvellement des soins de santé au Canada.

Soins de santé primaires

- Les progrès, bien que significatifs, restent mitigés.
- Tous les secteurs de compétence déclarent que la mise en place de leurs équipes interprofessionnelles ou la mise en œuvre de leurs pratiques en collaboration va de l'avant. La plupart signalent des progrès à la fois dans le nombre et l'envergure de leurs équipes.
- Les équipes de soins primaires sont en grande partie le résultat de projets pilotes – avec des exceptions notables, comme en Ontario.

- La diversité des professionnels de la santé qui assurent des soins primaires reste limitée et les pratiques en collaboration sont principalement axées sur les maladies.
- La vaste majorité des Canadiens continue de recevoir des soins primaires sans une approche interprofessionnelle.
- Des indicateurs standard ont été déterminés pour mesurer le développement et l'expansion des soins de santé primaires, à la suite d'un processus de consensus mené par l'Institut canadien d'information sur la santé. Ce processus a permis de sélectionner les indicateurs jugés les plus appropriés, quelle que soit l'accessibilité de la source des données. Il a révélé qu'il n'existe pas de données disponibles pour la majorité des indicateurs jugés importants par les participants. Ce constat souligne combien il est nécessaire d'améliorer l'infrastructure de collecte des données sur les soins de santé. Sans ces données, il est difficile de faire systématiquement rapport des progrès.
- Dans bien des cas, l'accès promis 24 heures sur 24, tous les jours, aux prestataires appropriés de soins de santé a été défini comme l'accès à des services de télésanté après les heures de travail et à des services d'urgence, sans lien de retour au prestataire de soins primaires du patient. Ce n'est pas ainsi que le Conseil comprend l'engagement du gouvernement fédéral et des provinces et territoires. Pour le Conseil, le retour au prestataire de soins primaires du patient fait partie de l'engagement.
- Inforoute Santé du Canada a augmenté sa part du financement pour la mise en place des dossiers électroniques de santé, par une participation de 75 % aux coûts admissibles, et les normes du système ont fait l'objet d'une bonne collaboration. Mais le rythme de mise en œuvre dans le domaine des soins primaires reste trop lent.

Ressources humaines de la santé

- De solides progrès ont été faits dans la mise en place de programmes d'éducation interprofessionnelle.
- Les inscriptions dans les écoles de médecine et de sciences infirmières ont augmenté, dans tous les secteurs de compétence, là où ces programmes sont offerts.
- La plupart des secteurs de compétence ont communiqué leurs plans de recrutement et de maintien en poste du personnel. Mais seuls quatre d'entre eux se sont donné des objectifs – Nouveau-Brunswick, Nunavut, Manitoba, Ontario.
- Un Cadre pancanadien de planification des ressources humaines de la santé a été élaboré.

Soins à domicile

- Le 17 janvier 2007, on ignorait si les ministères de la Santé avaient présenté des rapports sur les objectifs pour la date d'échéance du 31 décembre, ou dans quelle mesure ils l'avaient fait. Quand les renseignements nécessaires seront communiqués, le Conseil de la santé fera une mise à jour.
- La définition fédérale des membres de la famille admissibles aux prestations de compassion a été élargie pour permettre à un plus grand nombre de Canadiens de s'occuper de leurs proches en fin de vie, à domicile. C'est ce qu'avait demandé le Conseil dans son dernier rapport annuel aux Canadiens. En octobre 2006, l'Ontario a modifié sa *Loi sur les normes d'emploi*, afin de protéger les emplois du plus grand nombre de personnes admissibles aux prestations fédérales de compassion. Les dispositions ontariennes donnent une définition plus large des membres de la famille et incluent les amis proches parmi les soignants admissibles, conformément aux révisions apportées à la loi fédérale en juin 2006.
- L'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest n'ont pas encore adopté de loi complémentaire au sujet des soignants. Les définitions des soignants admissibles continuent de varier parmi les 11 secteurs de compétence qui ont adopté des mesures pour les congés de prestations de compassion.

Gestion des produits pharmaceutiques

- Le rapport d'étape sur la mise en œuvre de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (SNPP) a été rendu public en septembre 2006. Bien que ce rapport comprenne plusieurs options sur la couverture des médicaments onéreux, aucune mesure d'action n'a été prise pour instaurer cette stratégie.
- Rien n'indique si le gouvernement fédéral compte contribuer ou non au programme pancanadien de couverture des médicaments onéreux. La plupart des secteurs de compétence assurent déjà une certaine couverture, mais 600 000 Canadiens des provinces atlantiques ne bénéficient d'aucune protection, tandis que de nombreux Canadiens n'ont qu'une couverture restreinte.
- Le Programme commun d'évaluation des médicaments relevant d'un comité national chargé de recommander quels médicaments devraient être financés a pris plus d'envergure. Des travaux préliminaires ont été entrepris pour élaborer un formulaire national commun des médicaments couverts par les différents régimes publics d'assurance-médicaments.
- Indépendamment des efforts déployés par chaque secteur de compétence, rien n'a été fait dans le cadre de la SNPP pour encourager ou appuyer la prescription appropriée. Le Conseil tiendra un symposium sur la question en 2007.

- Les solutions informatiques pour les produits pharmaceutiques permettront aux médecins et aux pharmaciens de saisir, archiver et recevoir des ordonnances, des renseignements sur la prescription des médicaments et des données relatives aux décisions cliniques. Inforoute Santé du Canada a alloué 185 millions de dollars au programme d'investissement des solutions informatiques pour les produits pharmaceutiques. Plusieurs secteurs de compétence sont allés de l'avant et ont commencé à mettre en place des projets qui contribueront à la sécurité des patients (réduction du nombre d'événements indésirables) et au rendement des prestataires, une fois qu'ils seront complètement en place. L'appui apporté par Inforoute Santé du Canada a été déterminant pour la réussite de cette initiative. La prescription électronique – soit l'envoi d'une ordonnance à une pharmacie par voie électronique – n'est pas encore très répandue.
- La promesse de donner un rôle plus grand au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés a été respectée.
- Un rapport commandé par le Conseil, et rendu public au début de 2006, *Publicité directe aux consommateurs des médicaments d'ordonnance au Canada : quelles en sont les conséquences sur la santé publique?*, n'a trouvé aucune preuve que la publicité directe améliore la santé des Canadiens, permette une meilleure observance dans la prise des médicaments, mène à des diagnostics précoces plus pertinents pour les troubles médicaux insuffisamment traités ou évite les hospitalisations. Le rapport a conclu qu'une publicité accrue aura pour effet d'accroître la quantité de médicaments prescrits et d'augmenter les coûts pour le système de santé.

Temps d'attente

- Les temps d'attente ont été réduits dans la plus grande partie des cinq domaines clés visés – traitement du cancer, procédures cardiaques, imagerie diagnostique, remplacement d'articulations et restauration de la vue. Toutefois, il n'est pas certain que les progrès puissent durer après la fin du financement accordé dans le cadre du Fonds pour la réduction des temps d'attente.
- De plus nombreux renseignements sont maintenant communiqués au public sur les sites Web. Une partie des renseignements sont donnés presque en « temps réel », mais d'autres ont besoin d'être plus actuels pour être utiles.
- Les méthodes de rapports rendent difficile la comparaison des temps d'attente entre les différents secteurs de compétence.

- En février 2006, le Québec est devenu la première province à offrir une garantie des temps d'attente, en s'engageant à assurer une intervention chirurgicale dans les six mois suivant le diagnostic aux patients qui attendent une opération de la hanche, du genou ou de la cataracte. Si le système de santé public ne peut pas intervenir dans ce délai, le gouvernement achètera les services requis au secteur privé.

Sécurité des patients

- Un nombre croissant d'organisations et d'équipes œuvrant dans le secteur de la santé participent à *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* et l'Institut canadien sur la sécurité des patients a l'intention d'étendre ce programme.
- Le Conseil canadien d'agrément des services de santé continue d'intégrer les exigences de sécurité des patients à ses normes d'agrément.
- L'agrément des établissements de santé n'est toujours pas obligatoire. De plus, bon nombre d'établissements de santé qui se font agréer ne rendent pas publiques les conclusions de leurs rapports d'agrément.
- Les établissements de soins de santé sont tenus de signaler certains événements indésirables (dans les salles d'urgence des hôpitaux, et pour certains types de réactions aux médicaments), mais il n'existe pas de système uniforme et coordonné de rapports dans chacun des secteurs de compétence.

Rapports publics sur les indicateurs de santé et le financement

- Les provinces et territoires n'ont pas présenté de rapports sur les indicateurs comparables de santé en 2006, mais des données ont été affichées sur le site Web de l'ICIS. Santé Canada a produit un rapport d'envergure fédérale.
- Le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la gouvernance et l'imputabilité a été dissous.
- Il est difficile d'avoir accès aux renseignements sur la manière dont les provinces et territoires dépensent les fonds de transferts fédéraux. Dans certains cas, ces renseignements ne sont pas disponibles du tout.

Modes de vie sains

- La Stratégie nationale d'immunisation a permis une couverture standard dans tout le pays, notamment pour quatre nouveaux vaccins.
- L'élaboration d'objectifs nationaux de santé publique est terminée. Au cours de la phase deux, les provinces et territoires devront élaborer des objectifs et des indicateurs pour mesurer les progrès. Jusqu'à présent, seule la Nouvelle-Écosse s'est donné des objectifs.

- Alors que 300 millions de dollars ont été promis par le gouvernement fédéral dans le cadre de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques, 26,4 millions de dollars seulement ont été alloués.
- En octobre 2005, le gouvernement fédéral s'est engagé à verser 27,6 millions de dollars sur cinq ans (7,15 millions de dollars par année, en financement continu) à un Fonds pour la promotion des modes de vie sains. Ce fonds fera des investissements stratégiques sur les plans national, régionaux, locaux et communautaires pour appuyer des activités durables de promotion de la santé nationale et de la santé communautaire. Jusqu'à présent, aucune annonce n'a été faite concernant un financement.

Santé des Autochtones

- Aucune orientation claire n'a été donnée quant à l'avenir du Plan directeur de la santé des Autochtones et de l'Accord de Kelowna.
- À la fin de 2006 et au début de 2007, le gouvernement fédéral a annoncé une série de projets pilotes sur les garanties des temps d'attente. Les projets auront lieu dans plusieurs communautés des Premières Nations et seront axés sur les soins prénatals et les soins aux diabétiques.
- En novembre 2006, le gouvernement fédéral, le gouvernement de la Colombie-Britannique et les dirigeants des Premières Nations ont conclu un accord en vue d'améliorer la santé des Autochtones dans la province durant la prochaine décennie.

Défis communs

Un thème commun émerge de nos efforts de surveillance : nous pouvons difficilement rendre compte des progrès effectués quant au renouvellement des soins de santé à cause du manque de données comparables et de l'absence d'uniformité dans la présentation des rapports, à l'échelle du pays.

Manque de données uniformes et comparables

En vertu de divers accords conclus au cours des dernières années, les gouvernements se sont engagés à produire des données comparables sur de nombreux indicateurs de santé, comme la qualité des services de santé, l'accès en temps opportun aux professionnels de la santé, l'amélioration de l'équipement diagnostique et médical et les progrès en santé des Autochtones.

« Les premiers ministres conviennent que les Canadiens et les Canadiennes ont le droit de disposer de renseignements à la fois meilleurs et plus comparables », notait l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. « Une imputabilité accrue et de meilleurs rapports de rendement sont essentiels pour assurer les Canadiens et les Canadiennes que les réformes sont en cours. »

Très peu de progrès ont été faits dans l'identification et la présentation d'information comparable. Dans certains cas, les données critiques ne sont tout simplement pas recueillies. Dans d'autres, les données recueillies ne sont pas les bonnes, ou elles ne suffisent pas à rendre compte pour la plupart des indicateurs. Dans d'autres cas encore, aucun engagement n'a été pris pour continuer de recueillir les données et pour instaurer une infrastructure de soutien. En outre, quand les données sont recueillies et partagées, il n'est pas évident qu'elles soient régulièrement considérées pour élaborer les politiques et prendre des décisions. Il se peut aussi que les données soient communiquées sur un site Web, mais que les rapports soient absents.

Les gouvernements se trouvent dans l'incapacité de partager l'information de manière valable – aussi bien entre eux qu'avec le public – puisqu'ils ne se sont pas entendus sur les données à recueillir, sur les indicateurs à utiliser ou sur les mesures à appliquer.

Faute de données adéquates, il sera difficile de déterminer si les investissements publics supplémentaires mènent réellement à une amélioration de la santé de la population en général – c'est-à-dire à une amélioration des résultats de santé.

Il est aussi difficile de déterminer combien chaque province ou territoire dépense dans le cadre des dispositions des accords de 2003 et 2004 sur la santé. Les secteurs de compétence indiquent les montants qu'ils perçoivent, mais ne signalent pas où vont les fonds.

Peu de partage officiel de l'information

Le Conseil voit des exemples de réussite dans divers efforts de renouvellement, mais bien souvent ce ne sont que des instantanés de programmes particuliers, offerts dans des lieux et des contextes particuliers. Généralement, il n'y a pas vraiment de réseau de partage de l'information, même au sein de chaque secteur de compétence.

Même si un projet pilote donne de bons résultats, il se peut qu'il ne soit pas adopté à grande échelle, en partie parce qu'il n'y a pas de mécanisme officiel de transfert des connaissances. Trop souvent, les planificateurs et les décideurs du secteur de la santé finissent donc par réinventer la roue. C'est faire mauvais usage du temps et des ressources, alors que le Canada a besoin d'en faire une utilisation optimale pour parvenir au renouvellement des soins de santé.

Succès éventuellement non durables

Les succès locaux peuvent s'avérer non durables à long terme si les programmes pilotes ne sont pas mis en œuvre à plus grande échelle ni intégrés aux politiques publiques. Les programmes pilotes risquent en effet de devenir des orphelins du système, vulnérables à de futures réductions budgétaires.

Manque de transparence

Le Conseil est dans l'obligation de faire aux Canadiens un compte rendu aussi complet et exact que possible des efforts de renouvellement des soins de santé partout au pays, des dépenses qui y sont consacrées et de la réussite des diverses initiatives. Mais il est de plus en plus difficile au Conseil de renseigner les Canadiens comme il le faut pour qu'ils puissent bien évaluer si le renouvellement des soins de santé se fait systématiquement.

Alors, où en est le renouvellement des soins de santé au Canada aujourd'hui? Le Conseil serait probablement mieux en mesure de répondre définitivement à cette question si le processus redditionnel avait plus de transparence et d'intégralité. Notre système de soins de santé est complexe; le suivi du financement et des résultats l'est encore davantage. Mais faute de meilleures données, nous ne parviendrons pas à atteindre notre objectif d'imputabilité.

Comme le montre l'absence de rapports sur les indicateurs comparables de santé, la priorité voulue n'est pas donnée à la collecte et à la divulgation de données standardisées, de haute qualité, dans les domaines clés du renouvellement des soins de santé. Par exemple, nous disposons de données dans des domaines comme les services hospitaliers, mais pas dans des domaines comme les soins primaires. Tant qu'il en sera ainsi, nous ne pourrons pas informer complètement le public des progrès accomplis dans le renouvellement des soins de santé, et les gouvernements auront de plus en plus de mal à prouver qu'ils respectent leurs engagements.



Ce que nous conseillons

Le Conseil recommande les mesures suivantes pour parvenir aux objectifs sur lesquels les premiers ministres se sont entendus dans le cadre des accords sur le renouvellement des soins de santé. Les gouvernements devraient :

- S'engager à améliorer et à standardiser les rapports – à la fois sur les programmes et sur la manière de dépenser les fonds transférés en vertu des accords de 2003 et 2004. Les points suivants devraient être inclus : viser les résultats, la qualité et la performance; élaborer des objectifs et surveiller les progrès; réduire le nombre d'indicateurs et présenter des données plus actualisées; créer un rapport annuel comparatif, avec des renseignements nationaux, provinciaux et territoriaux présentés uniformément; déterminer des résultats clés sur la santé de la population qui devraient faire l'objet de rapports réguliers.
- Continuer d'appuyer la collecte des données sur les indicateurs standardisés, tout en faisant rapport au public, pour évaluer les résultats de la réforme des soins primaires, le nombre des patients inscrits, le développement et l'expansion des équipes de soins primaires.
- Accélérer la mise en œuvre des dossiers électroniques de santé dans les établissements de soins primaires. Ces dossiers constituent un outil efficace et seront une source précieuse de données pour évaluer les efforts de renouvellement des soins de santé.

- Promouvoir des stratégies coordonnées de ressources humaines de la santé sur les plans national, provinciaux et territoriaux, avec des objectifs précis déterminés en fonction des besoins de santé de la population dans chaque secteur de compétence. Créer un système national de coordination.
- Élaborer des outils pertinents de mesure pour que les Canadiens puissent évaluer si les investissements faits dans le domaine des ressources humaines de la santé entraînent une amélioration de l'accès aux services pour les patients, une meilleure coordination des soins de santé, ainsi que de meilleurs résultats de santé.
- S'assurer que les lois provinciales et territoriales respectent les nouvelles définitions fédérales d'une plus grande admissibilité au Programme de prestations de compassion.
- Agir rapidement à la suite de leurs engagements pour que les Canadiens puissent bénéficier d'une couverture des médicaments onéreux. Informer les Canadiens des options de financement que pourraient exiger les options de couverture des médicaments onéreux actuellement envisagées.
- Continuer d'étudier si la réduction des temps d'attente dans les cinq domaines visés a des répercussions sur les temps d'attente pour d'autres services.
- S'assurer que l'urgence de l'état pathologique d'un patient soit considérée quand ce patient est inscrit sur une liste d'attente, et mettre en place un mécanisme pour vérifier que ce processus est respecté.
- Élaborer un registre centralisé des temps d'attente pour toutes les procédures afin de centraliser la gestion de la collecte des données sur les temps d'attente et d'améliorer les possibilités que ces données soient exactes et comparables.
- Agir au plus vite pour fournir des renseignements sur les temps d'attente en temps réel, hôpital par hôpital, sur les sites Web des gouvernements pour qu'ils soient aisément accessibles à tous, patients ou non.
- Inclure des renseignements sur les temps d'attente pour tous les établissements, même ceux qui ne participent pas au Fonds pour la réduction des temps d'attente, et par la suite étendre le processus de rapports aux procédures non visées.
- Exiger que tous les établissements de santé soient agréés, en faire une condition au financement, et demander que les conclusions des visites d'agrément soient rendues publiques.
- Au minimum, mettre en place un mécanisme de rapports obligatoires pour tous les événements dits indésirables, dans chacun des secteurs de compétence.
- Veiller à ce que les objectifs nationaux de santé publique soient mieux ciblés et reliés à des résultats mesurables, comprenant la réduction des inégalités en matière de santé.
- Accroître considérablement les investissements dans les stratégies de vie saine et accélérer la création des équipes de soins primaires, pour une meilleure gestion et une meilleure prévention des maladies chroniques.
- Renforcer les investissements en amont pour alléger le fardeau des coûts de traitement en aval.
- Donner une orientation claire au niveau fédéral en ce qui concerne le Plan directeur de la santé des Autochtones et l'Accord de Kelowna; faire le sommaire du plan d'ensemble et de l'orientation des services de santé aux Autochtones.
- Continuer à combler les lacunes dans l'état de santé et les programmes de santé des Autochtones, dans toutes les provinces et tous les territoires.

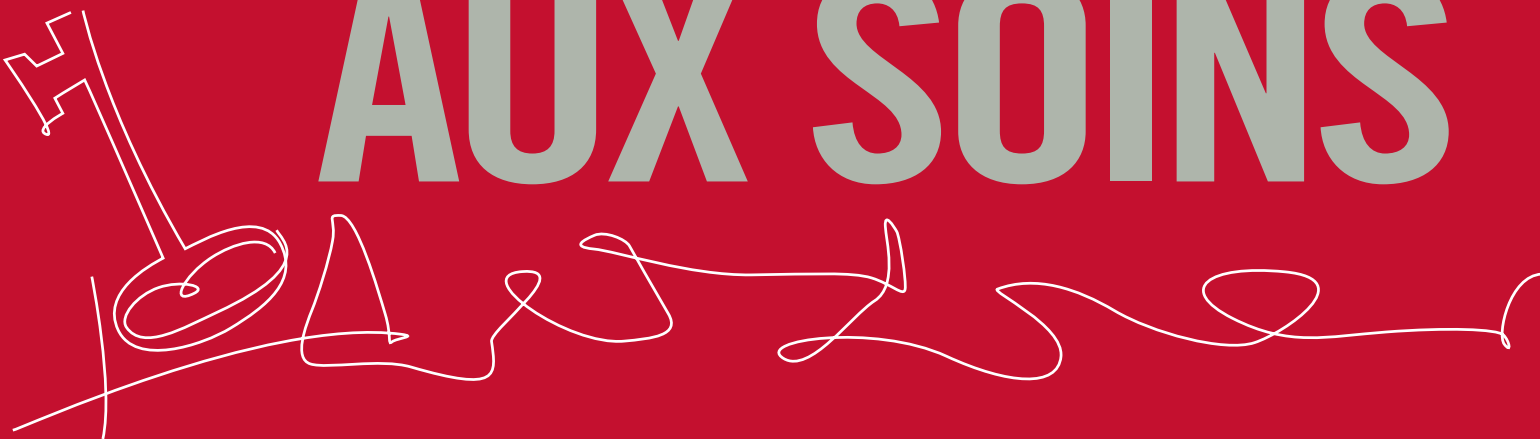
Bien que les points ci-dessous ne fassent pas explicitement partie des accords, le Conseil fait également les recommandations suivantes à la suite de ses recherches et de ses consultations.

- Consolider les lois fédérales pour interdire toute publicité directe des médicaments d'ordonnance aux consommateurs au Canada. Les lois devraient aussi clairement interdire les invitations lancées aux patients et les rappels publicitaires.
- Étudier l'adoption d'un régime d'indemnisation hors faute pour les patients lésés afin de voir s'il pourrait contribuer à améliorer la sécurité des patients au Canada.



Équipes interprofessionnelles | Accès 24 heures sur 24, tous les jours |
Dossiers électroniques de santé | Fonds pour l'adaptation des soins de
santé primaires | Réseau de pratiques exemplaires | Gestion des maladies
chroniques | Réforme des soins de santé primaires | Formation
interprofessionnelle | Recrutement et maintien en poste | Ressources
humaines de la santé | Prestations de compassion | Rapports sur les soins
à domicile | Couverture des médicaments onéreux | Programme commun
d'évaluation des médicaments | Formulaire national commun | Habitudes de
prescription | Systèmes d'information sur les médicaments | Publicité directe
aux consommateurs des médicaments d'ordonnance | Temps d'attente

ACCÈS AUX SOINS



L'accès aux soins de santé requis restera problématique pour les Canadiens aussi longtemps que les services ne seront pas bien intégrés, que la couverture ne sera pas équitable partout au pays, et que les particuliers feront face à de longs temps d'attente pour les soins nécessaires. Ici et là, certaines parties du pays ont réalisé de vrais progrès, mais les changements devraient être plus complets et plus généraux.

Soins de santé primaires

Ce que les gouvernements ont promis

Conformément à l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, les gouvernements se sont engagés à accélérer le renouvellement des soins de santé primaires pour que les Canadiens puissent régulièrement avoir accès à un prestataire de soins de santé approprié. Les premiers ministres se sont entendus pour que d'ici 2011 « au moins 50 % de leurs résidents aient accès à un fournisseur de soins de santé approprié, 24 heures par jour, sept jours par semaine ».

Dans le Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé, cet objectif a été décrit différemment : « D'ici 2011, la moitié des Canadiens et des Canadiennes auront accès 24 heures par jour et sept jours par semaine à des équipes multidisciplinaires. » En 2003, les premiers ministres se sont mis d'accord pour utiliser des indicateurs comparables sur les résultats essentiels de santé et pour élaborer l'infrastructure nécessaire de données afin de rendre compte des activités aux Canadiens. Dans le cadre du Plan décennal de 2004, les gouvernements ont convenu de mettre en place un réseau de pratiques exemplaires et de continuer à travailler avec Inforoute Santé du Canada pour concrétiser l'adoption des dossiers électroniques de santé.

Ce que nous savons / Ce que nous ignorons

La transformation des soins de santé primaires est fondamentale pour assurer le renouvellement des soins de santé et pour préserver la confiance qu'a le public dans la durabilité de notre système. Les accords de 2003 et 2004

ont déterminé l'orientation et le financement nécessaires à ces changements. Le consensus, exprimé clairement dans le rapport de la commission Romanow, était que des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour mettre en place un système plus efficace de soins primaires, afin d'améliorer l'accès en temps opportun, la qualité, la continuité et la coordination des services de santé.

Équipes interprofessionnelles : seule une petite partie des Canadiens bénéficie des nouveaux modèles vraiment interprofessionnels de soins de santé

Le renouvellement des soins de santé a été axé sur la restructuration du modèle de prestation des soins, passant d'un seul prestataire de soins à des équipes interprofessionnelles. L'objectif de ces équipes est de donner des soins plus complets, axés sur le patient, grâce aux éléments suivants :

- point d'accès mieux intégré pour les patients, pour une plus grande efficacité de l'ensemble du système;
- vaste gamme de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de traitements médicaux;
- accès et traitement plus rapides, avec notamment une amélioration au niveau de l'accès 24 heures par jour, sept jours par semaine;
- meilleure coordination;
- meilleure qualité des soins.

Depuis quelques années, toutes les provinces et tous les territoires commencent à mettre en place différentes formes d'équipes interprofessionnelles. Mais la plupart des Canadiens continuent de ne pas bénéficier de soins ou de services assurés par une équipe interprofessionnelle.

En 2006, le Fonds du Commonwealth a fait un sondage auprès de 6 000 médecins de sept pays industrialisés – Allemagne, Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, États-Unis, Nouvelle-Zélande et Canada. Le sondage s'est fait par courrier et au téléphone.

Les conclusions de l'étude comparative faite par le Fonds du Commonwealth en 2006 sur les médecins qui assurent des soins primaires dans les sept pays soulignent la faible performance du Canada en ce qui concerne la réforme des soins primaires.

Selon cette étude, seulement 32 % des médecins canadiens ont déclaré « travailler régulièrement avec des équipes pluridisciplinaires faisant appel à la participation d'infirmières et des professionnels non médecins » pour les soins donnés à leurs patients, contre 81 % de leurs collègues qui disaient le faire au Royaume-Uni. Et quand on leur a demandé « s'ils faisaient appel à des cliniciens non médecins dans leur pratique de la médecine pour les aider à gérer le traitement des patients atteints de maladies chroniques multiples », près de 50 % des médecins canadiens ont répondu « non », contre 10 % de leurs collègues au Royaume-Uni et 17 % en Allemagne². Parmi les sept pays interrogés sur cette mesure, le Canada était le moins porté à faire appel à ces professionnels de la santé.

Dans bien des cas, la manière de rémunérer bon nombre de nos prestataires de soins primaires peut faire obstacle à la mise en place d'équipes interprofessionnelles. Et comme le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires a cessé d'exister en mars 2006, il n'est pas certain que ces modèles d'équipes continueront de prendre de l'expansion.

La plupart des provinces et territoires n'ont toujours pas d'objectifs vérifiables pour la mise en place de ces équipes. De plus, dans la plupart des provinces et territoires, il n'y a pas de liste d'inscription des patients par équipe, et il est donc difficile de déterminer combien de patients ont accès à ces équipes. La création des équipes de soins primaires partout au pays continue de résulter grandement d'un effort volontaire, né dans la plupart des cas de l'intérêt de certains professionnels. La prévalence et la composition des équipes interprofessionnelles ne sont donc pas uniformes. En outre, les problèmes d'apport de ressources humaines peuvent compliquer l'expansion des équipes dans bien des secteurs de compétence.

Voici un aperçu de la réforme des soins de santé primaires au pays l'an dernier, d'après les rapports des provinces et territoires.

- Le nombre des équipes interprofessionnelles n'a pas augmenté au Nouveau-Brunswick, ni dans l'Île-du-Prince-Édouard.
- En Saskatchewan, le nombre des équipes mises en place est passé de 34 à 41. Il faudrait environ 110 équipes pour un effectif complet.
- La Nouvelle-Écosse signale qu'elle compte plus de 20 équipes, mais ne donne aucun renseignement sur la composition des équipes ou sur les chiffres de l'année précédente.
- Le Manitoba a mis en place quatre Réseaux intégrés de médecins, mais il n'y a aucun non médecin dans ces équipes.
- En Ontario, le nombre des équipes interprofessionnelles de santé de la famille est passé de 25 à 66 l'an dernier, et la province s'est engagée à mettre en place 150 équipes d'ici 2008. La province signale aussi qu'elle compte 6 500 médecins – soit environ 60 % de tous les médecins de famille œuvrant dans la province – inscrits à ces modèles et à d'autres modèles de soins primaires, qui assurent des services et acceptent l'inscription des patients après les heures de travail. Bien que le nombre des autres professionnels de la santé qui participent à ces modèles soit en hausse – ils sont maintenant plus de 290 –, la majorité des soins apportés dans le cadre des modèles existants ne sont pas donnés par des équipes interprofessionnelles. Le sondage national le plus récent auprès des médecins montre qu'en Ontario 33 % de ces médecins continuent de pratiquer seuls la médecine, tandis que 58 % travaillent en groupe et que seulement 4 % font partie d'un réseau.

Accès 24 heures par jour, tous les jours : nécessité de plus nombreux liens aux prestataires de soins primaires

La préoccupation première des Canadiens face au système de santé est l'accès aux soins en temps opportun. Partout au pays, les secteurs de compétence ont fait une priorité de l'accès aux soins 24 heures par jour, tous les jours. Mais l'accès aux soins après les heures normales de travail, avec un lien de retour au prestataire de soins primaires du patient, reste irrégulier. Cinq secteurs de compétence signalent qu'ils ne disposent toujours d'aucun mécanisme à cette fin. Les soins après les heures de travail continuent de se faire surtout au téléphone, ou par une visite aux urgences.

Seulement 27 % des médecins canadiens interrogés lors de l'étude du Fonds du Commonwealth en 2006 ont déclaré offrir des heures de service prolongées, avant 8 h 30, et 48 % après 18 h. De plus, 47 % ont dit qu'ils disposaient d'un mécanisme pour assurer des soins après les heures de travail autrement que par les services d'urgence.

Comme le Conseil l'a déjà dit, il faut absolument que les renseignements sur les soins après les heures de travail soient communiqués au prestataire de soins primaires du patient pour garantir un accès vraiment efficace aux soins. (L'absence d'un dossier électronique interexploitable est souvent citée comme un obstacle à la communication des renseignements au prestataire de soins primaires du patient.) Mais les efforts faits pour trouver des moyens de parvenir à cet objectif autrement que par le biais des dossiers électroniques de santé ne sont pas évidents. Ce lien crucial continue de faire défaut dans beaucoup de secteurs de compétence.

La plupart des secteurs de compétence déclarent qu'ils parviennent à leurs objectifs de réforme des soins primaires en assurant des services téléphoniques d'infirmières conseillères et des services d'urgence 24 heures par jour, tous les jours. La Colombie-Britannique a noté que la réforme des soins primaires peut se faire non seulement par l'intermédiaire d'équipes interprofessionnelles, mais également grâce à d'autres modèles qui intègrent eux aussi le principe du continuum de soins. L'essentiel est non pas que le patient soit allé aux urgences pour recevoir des soins primaires, mais que les résultats de sa visite aux urgences soient communiqués à son prestataire de soins primaires.

En dépit des progrès dans la restructuration des modèles de prestation des soins primaires, la question fondamentale reste la suivante : combien y a-t-il d'équipes vraiment interprofessionnelles qui assurent des soins en collaboration? Au Manitoba, les équipes comprennent uniquement des médecins. En Ontario, les équipes de santé de la famille comprennent d'autres professionnels que les médecins et les infirmières, mais les groupes de santé de la famille – qui sont le modèle prévalant de soins primaires – sont surtout composés de médecins. D'autres secteurs de compétence considèrent qu'un médecin et une ou plusieurs infirmières praticiennes qui travaillent ensemble forment une équipe.

Retard dans l'utilisation de la technologie de l'information au Canada

Le recours à la technologie de l'information pour moderniser et améliorer les soins de santé est essentiel à la transformation du système. Tous les prestataires de soins de santé ont besoin d'avoir rapidement accès à l'information pour être en mesure d'assurer des soins optimaux. Mais, au Canada, l'information continue d'être gérée à l'aide de méthodes et de technologies désuètes. Au Canada, 94 % des visites chez le médecin font encore l'objet de dossiers sur papier et la plupart des ordonnances sont encore écrites à la main³. Seulement un médecin canadien sur cinq utilise un ordinateur dans son travail. Comparé à 10 autres pays, le Canada vient en dernière place pour le pourcentage des médecins qui se servent d'un ordinateur dans leur pratique de la médecine⁴.

Le sondage du Fonds du Commonwealth en 2006 montre que, parmi les médecins qui assurent des soins primaires dans les sept pays participants, les médecins canadiens sont les moins portés à utiliser des systèmes de décision assistée par ordinateur. En voici quelques exemples :

- seulement 10 % des médecins canadiens reçoivent des alertes informatisées sur les problèmes potentiels de prescription, contre 23 % à 93 % des médecins dans les autres pays participant au sondage;
- 6 % des médecins canadiens, contre 15 % à 53 % des médecins des autres pays, ont des systèmes de rappels informatisés pour aviser leurs patients de soins de prévention ou de suivi à venir;
- 8 % des médecins canadiens, contre 18 % à 93 % des médecins des autres pays, reçoivent des messages-guides pour communiquer les résultats des examens médicaux à leurs patients.

Dossiers électroniques de santé (télé dossiers) : nécessité d'une meilleure mise en application

Pour améliorer la qualité et l'efficacité du système, une information conviviale, de haute qualité, doit être compilée et communiquée par voie électronique. Un système de dossiers électroniques de santé permet aux équipes de santé d'avoir rapidement accès aux renseignements



nécessaires sur un patient et de les communiquer aisément. Avec un télé dossier interexploitable, les cliniciens peuvent consulter des renseignements actuels et mettre à jour les diverses données dans un dossier intégré, axé sur le patient – données démographiques, imagerie diagnostique, médicaments, laboratoire, maladies infectieuses, immunisation et autres renseignements pertinents relatifs à la santé – partout, et en tout temps.

Or le sondage du Fonds du Commonwealth en 2006 a montré que seulement 23 % des médecins canadiens disent utiliser les dossiers électroniques de santé, venant ainsi bien derrière leurs collègues des Pays-Bas (98 %), de la Nouvelle-Zélande (92 %), du Royaume-Uni (89 %) et de l'Australie (79 %).

Les avantages d'un dossier électronique de santé sont considérables pour les patients et pour le système. C'est pourquoi le Conseil canadien de la santé a demandé une mise en application à 100 % d'ici 2010, alors qu'Inforoute Santé du Canada vise seulement cet objectif pour 50 % des Canadiens d'ici 2009. Pour les patients, ce type de dossier est synonyme d'une sécurité accrue, d'une meilleure coordination et d'une plus grande pertinence des soins. Pour le système, il est synonyme d'économies et de meilleur rendement sur les investissements. L'étude Booz Allen Hamilton, commandée par Inforoute Santé du Canada, a évalué à 6 milliards de dollars par an les économies découlant d'un dossier électronique complètement interexploitable, dont le coût sera d'environ 1 milliard par an sur 10 ans, ce qui représente un solide rendement d'investissement⁵.

Inforoute Santé du Canada est parvenue à son but, qui était de donner un dossier électronique interexploitable de santé à 4 % de la population canadienne pour le 31 mars 2006. L'Alberta, l'Île-du-Prince-Édouard et les Territoires du Nord-Ouest sont sur la bonne voie pour atteindre l'objectif en 2009. La Colombie-Britannique, le Québec, la Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador comptent parvenir à l'objectif en 2010. Mais les autres provinces et territoires accusent un retard, soit pour des raisons de financement, soit pour des raisons de capacité. En dépit des progrès, l'adoption de ce système par les cliniciens et la gestion des changements restent des facteurs clés de la mise en œuvre du dossier électronique de santé. Le financement nécessaire à la connectabilité des bureaux des médecins continue de poser un défi, mais Inforoute Santé du Canada y travaille avec les secteurs de compétence.

Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires : que réserve l'avenir?

Le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, qui allouait 800 millions de dollars au financement de projets sur six ans, a été bien accueilli par tous les secteurs de compétence. Ceux-ci ont déclaré que le fonds avait contribué à la création des équipes de soins de santé primaires. Ce fonds a pris fin, et une évaluation est attendue pour l'hiver 2007. Il sera instructif d'apprendre combien de projets pilotes ont réussi à mener à des solutions durables. Il n'est pas certain que l'élan subsiste pour créer davantage d'équipes au pays, maintenant que ce fonds est disparu.

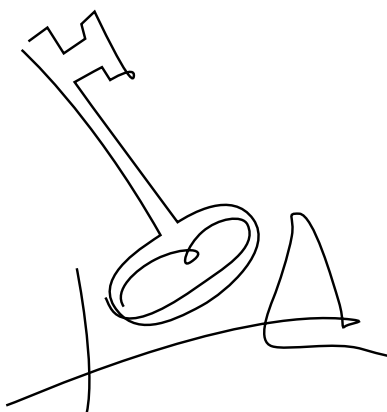
Réseau de pratiques exemplaires : un potentiel non exploité

L'Accord de 2004 sur la santé prévoyait l'élaboration d'un réseau de pratiques exemplaires pour les soins de santé primaires. Ce réseau a commencé à se mettre en place à la fin de 2005 et a parrainé divers événements partout au pays pour faciliter un partage de l'information. En novembre 2005, une rencontre à Winnipeg a porté sur « la participation et la collaboration des prestataires ». En février 2006, une réunion à Terre-Neuve-et-Labrador a eu pour thème « les approches interdisciplinaires aux soins de santé ». Et en juin 2006, une autre s'est penchée sur « la réponse aux besoins communautaires ». Le réseau a un potentiel considérable pour aider à

stimuler les innovations partout au pays, mais son existence reste encore peu connue. Certaines provinces et certains territoires déclarent qu'ils partagent leurs pratiques exemplaires au sein de leur secteur de compétence respectif, mais de toute évidence le réseau doit faire une campagne de sensibilisation et intéresser tous les secteurs de compétence à ses possibilités.

Gestion des maladies chroniques : résultats comparativement médiocres au Canada

Partout dans le monde, la gestion des maladies chroniques prend une importance croissante. Des maladies chroniques comme le diabète, les maladies du cœur, le cancer et les maladies respiratoires chroniques causent 60 % de tous les décès dans le monde⁶ et sont les principales causes de décès, d'invalidité et de mauvaise qualité de la vie. En 2005, seulement un peu plus de 30 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus disaient avoir au moins une des maladies chroniques appartenant à un groupe sélectionné⁷.



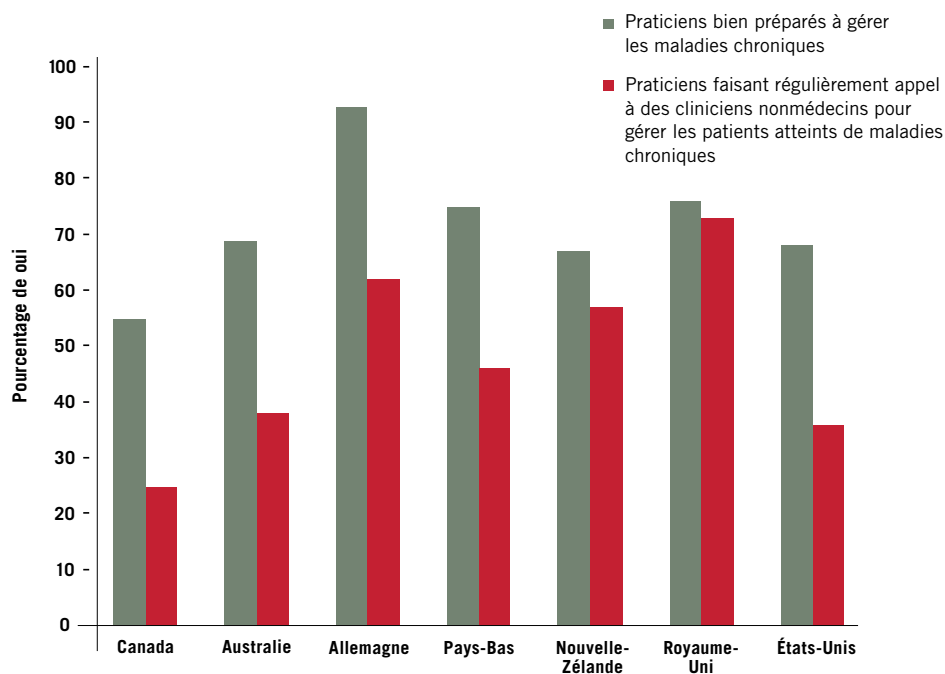
Les patients qui souffrent de maladies chroniques, et plus particulièrement de maladies chroniques multiples, sont de grands utilisateurs du système de santé – ce qui a des répercussions considérables pour le système.

Notre système actuel de gestion des maladies chroniques est fragmentaire, désuet, et s'appuie sur un modèle de maladie unique. Cela se voit tout particulièrement dans le cas des patients atteints d'une maladie chronique unique qui commencent à avoir des problèmes chroniques multiples et qui se trouvent confrontés à des services de santé fragmentés, qui sont par nature de piètre qualité.

Apparemment, notre système de soins de santé primaires n'est pas suffisamment préparé à faire face à la recrudescence prévue des maladies chroniques. Les médecins canadiens qui assurent des soins primaires accusent un retard par rapport à leurs collègues d'autres pays dans la manière dont ils se sentent préparés à offrir des soins optimaux à leurs patients souffrant de maladies chroniques multiples. Selon une étude du Fonds du Commonwealth, seulement 55 % des médecins canadiens de soins primaires ont déclaré être bien préparés à assurer des soins optimaux aux patients atteints de maladies chroniques multiples, contre 93 % de leurs collègues en Allemagne et 67 % en Nouvelle-Zélande².

Figure 1. Les médecins se sentent-ils préparés à gérer de manière optimale les maladies chroniques

Le Fonds du Commonwealth a récemment interrogé les médecins de sept pays sur la prestation des soins de santé primaires dans leur pays respectif. Le sondage comprenait des questions sur la gestion des patients atteints de maladies chroniques multiples. Les médecins canadiens étaient les moins portés à déclarer qu'ils se sentaient prêts à gérer de manière optimale les patients atteints de maladies chroniques multiples, comparativement à leurs collègues des autres pays participants. La même conclusion était vraie pour le recours aux cliniciens non médecins pour gérer la santé des patients



Source : C. Schoen, R. Osborn, P. Trang Huynh, M. Doty, J. Peugh, K. Zapert, *On The Front Lines of Care: Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, and Views in Seven Countries*, Health Affairs, exclusivité Web (2 nov. 2006):w555-w571



Collaborer pour apporter des changements aux soins primaires

Apporter des changements au système de santé exige un effort de coopération, et le fait qu'un nombre grandissant de prestataires de soins au Canada participent à des initiatives novatrices appelées *pratiques collaboratives* le montre bien.

On désigne sous le nom de pratiques collaboratives le processus qui permet d'accélérer les changements au système de soins de santé primaires, pour qu'il réponde mieux aux besoins des patients. Les patients y gagnent sur le plan de la santé, car ces pratiques collaboratives font appel à un travail en équipe. La santé des patients y gagne, car les prestataires de soins qui les aident à apprendre comment gérer leurs maladies chroniques peuvent leur consacrer plus de temps – plus de temps de qualité.

La Colombie-Britannique a été la première province au pays à adopter ce modèle de pratiques collaboratives pour améliorer la qualité des soins, et plusieurs provinces lui ont emboîté le pas. Dès 2003, des pratiques collaboratives se sont attaquées à l'insuffisance cardiaque congestive. Il y a maintenant 11 pratiques collaboratives qui se consacrent toutes aux soins aux diabétiques. Ces pratiques collaboratives ont donné la preuve que l'expérience était positive, aussi bien pour les prestataires de soins que pour les patients.

Dans le cadre de ces pratiques collaboratives, des équipes de prestataires bénéficient du soutien externe d'une autorité sanitaire régionale ou provinciale pour améliorer la qualité des soins de santé à leurs patients. Les prestataires participants ont accès à des possibilités d'apprentissage qui les aident à définir leurs objectifs pour améliorer les soins (par exemple, pourcentage des patients atteints de diabète qui gèrent bien leur taux de glycémie et leur santé cardiovasculaire). Les participants ont aussi accès à toute une gamme de programmes électroniques qui leur indiquent les différentes étapes de traitement recommandées et leur permettent de suivre les progrès vers leurs objectifs. Des incitations financières peuvent être accordées aux prestataires et aux organisations de santé – surtout pour motiver la participation accrue des infirmières, des pharmaciens, des diététistes et des non médecins de l'équipe.

Ainsi, au Clearbrook Family Practice Group d'Abbotsford, C.-B. (relevant de l'autorité sanitaire de Fraser), les patients atteints de maladies cardiovasculaires ou de diabète sont dirigés vers une infirmière praticienne de l'équipe, Janet Baillies, quand leurs examens médicaux indiquent un taux de cholestérol trop élevé. L'infirmière praticienne aide les patients à autogérer leur santé et à faire de la prévention. Ce rôle lui a été confié à la suite d'une restructuration de ce groupe de médecine familiale, résultant de sa participation à la pratique collaborative régionale de gestion des maladies chroniques. « Ce que mon travail a de plus encourageant, c'est d'inciter les patients à faire des changements de modes de vie pour être en meilleure santé », dit-elle. « Je suis vraiment ravie de voir les gens se prendre en main. »

Dans un prochain rapport sur les résultats de santé, qui sortira en mars 2007, le Conseil canadien de la santé présentera les travaux des pratiques collaboratives de gestion des maladies chroniques en Saskatchewan, à Terre-Neuve-et-Labrador et en Colombie-Britannique.

Pour plus de renseignements sur les pratiques collaboratives en Colombie-Britannique, voir :

www.heartbc.ca/pro/cdm.htm et www.healthservices.gov.bc.ca/cdm.



De toute évidence, une meilleure intégration de l'information et des services est requise pour appuyer la gestion des maladies chroniques par les équipes de soins primaires, les pharmaciens, les spécialistes et les hôpitaux. La preuve existe clairement que l'intervention d'équipes interprofessionnelles de soins primaires peut mener à de meilleurs résultats pour les patients, avec une meilleure qualité des services pour ceux qui souffrent de maladies chroniques⁸.

Le Conseil canadien de la santé a recueilli des preuves montrant le rôle que peut jouer le renouvellement des soins de santé dans l'amélioration des soins aux patients atteints de maladies chroniques. Ces preuves viendront appuyer le premier rapport du Conseil sur les résultats de santé, qui paraîtra au début de mars 2007.

Mieux rendre compte aux Canadiens de la réforme des soins de santé primaires

Parvenir à suivre les progrès accomplis quant aux objectifs de renouvellement des soins de santé primaires reste un défi. Certes, l'information est donnée, mais la manière d'évaluer les équipes et les soins fournis n'est pas claire. Les renseignements communiqués sont conflictuels sur bien des points : nombre réel d'équipes interprofessionnelles mises en place, nombre et catégorie des professionnels qui en font partie au sein de chaque secteur de compétence, nombre et type de patients inscrits dans ces nouveaux modèles de soins de santé.

Les secteurs de compétence font rapport de leurs activités, mais il est difficile d'en évaluer la portée en raison du manque d'indicateurs pertinents, de définitions ou de paramètres communs d'évaluation, et de données connexes aux indicateurs. Santé Canada a beaucoup investi, par l'intermédiaire de l'Institut canadien d'information sur la santé, dans l'élaboration d'indicateurs de santé. Actuellement, il existe 105 indicateurs, mais il n'y a pas de données pancanadiennes pour la majorité d'entre eux. Une amélioration de l'infrastructure de collecte des données est cruciale pour que les Canadiens puissent voir les résultats de tous les investissements et de toutes les activités de renouvellement des soins de santé au Canada.

Promouvoir la formation interprofessionnelle pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins

En 2003, une partie du fonds de 85 millions de dollars réservé aux ressources humaines de la santé (RHS) a été allouée à la formation interprofessionnelle dans le cadre de pratiques collaboratives axées sur les patients.

L'objectif est d'amener toute une gamme de professionnels de la santé à se former ensemble, à apprendre à partager leurs connaissances pour résoudre les problèmes et pour prendre des décisions, tout en acquérant une compréhension respectueuse de la contribution de chacune des disciplines au sein de l'équipe. La formation interprofessionnelle devrait avoir lieu avant et après l'entrée en pratique, c'est-à-dire avant le diplôme, après le diplôme et en formation continue, pour tout le continuum de soins.



Le Conseil canadien de la santé a consacré beaucoup de temps et d'attention à cette question. À la suite d'un sommet national sur les RHS organisé par nous en juin 2005, nous avons fait paraître un rapport axé sur la formation interprofessionnelle, accompagné de recommandations. Et dans notre premier rapport annuel aux Canadiens, nous avons souligné plusieurs projets de formation interprofessionnelle. C'est avec plaisir que nous signalons que neuf nouveaux projets de promotion de la formation interprofessionnelle ont été financés en 2006.

Sélection de projets de promotion de la formation interprofessionnelle :

- Initiative nationale novatrice d'enseignement à distance pour la pratique interprofessionnelle de l'oncologie psychosociale – L'autorité sanitaire de district de la capitale, en Nouvelle-Écosse, a recours à une palette de stratégies d'apprentissage pour les étudiants diplômés, afin d'élaborer un cours à distance d'oncologie psychosociale interprofessionnelle et de créer un réseau canadien d'éducateurs et de chercheurs en oncologie psychosociale.
- Projet d'éducation ECIP – Éducation à la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient : L'Université de Montréal crée des environnements modèles pour la formation et la pratique collaborative, centrés sur les soins aux patients, pour les patients atteints de maladies chroniques.

- Initiative de l'Université du Manitoba: IECPCP – L'université du Manitoba met en place des groupes interprofessionnels réunissant des membres de la faculté et des étudiants qui apprécient, comprennent, pratiquent et défendent les modèles de pratique collaborative centrés sur les patients, dans le but d'y faire participer les communautés du Nord et les communautés éloignées (surtout celles qui ont une forte population inuit et autochtone) ainsi que les communautés insuffisamment desservies de Winnipeg.

- Création d'équipes collaboratives interprofessionnelles pour des services complets de santé mentale – L'Université Western Ontario appuie une approche collaborative interprofessionnelle pour les soins de santé mentale, tant sur le plan de l'éducation que de la pratique, tout en renforçant les efforts axés sur les priorités provinciales comme la réforme des soins de santé mentale, les soins aux sans-logis et la mise en place de réseaux locaux intégrés de santé.

Ce sont de bonnes nouvelles, mais il est encore trop tôt pour dire si ces stratégies et ces investissements suffiront à promouvoir des pratiques collaboratives. Les participants à une formation interprofessionnelle finissent-ils par pratiquer différemment, en tant que membres d'une équipe interprofessionnelle? Des renseignements nous sont essentiels pour surveiller et pour guider le succès de ces initiatives.



Ce que nous conseillons

- Les gouvernements devraient continuer d'appuyer la collecte des données et devraient présenter des rapports sur des indicateurs communs et standardisés pour mesurer les résultats de santé obtenus dans la réforme des soins primaires, le nombre des patients inscrits, ainsi que le développement et l'expansion des équipes de soins primaires.
- La mise en place du dossier électronique de santé doit être accélérée pour que 100 % des Canadiens aient un dossier électronique de santé d'ici 2010.

Ressources humaines de la santé

Ce que les gouvernements ont promis

Dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, les gouvernements se sont engagés à suivre des stratégies de collaboration pour consolider les assises d'une planification nationale, promouvoir la formation interprofessionnelle, améliorer le recrutement et le maintien en poste des ressources humaines, et garantir la mise en place des prestataires requis.

En vertu du Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé, les gouvernements se sont engagés à accroître l'apport en professionnels de la santé, selon une évaluation des lacunes à combler, en se donnant des objectifs pour la formation, le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé avant le 31 décembre 2005. Tous les gouvernements se sont engagés à rendre publics leurs engagements et à faire connaître régulièrement les progrès réalisés. Le gouvernement fédéral a accepté alors de :

- renforcer l'évaluation des professionnels diplômés à l'étranger;
- axer les efforts sur les communautés autochtones;
- réduire le fardeau financier des étudiants;
- participer à la planification des ressources humaines de la santé avec les gouvernements intéressés.

Ce que nous savons / Ce que nous ignorons

Depuis sa fondation, le Conseil canadien de la santé dit que, sans ressources humaines adéquates, tous les efforts de renouvellement des soins de santé resteront voués à l'échec. Mais pour réussir, il ne suffira pas d'augmenter le nombre de professionnels de la santé, il faudra aussi modifier la manière dont nous planifions, éduquons, formons et déployons ces ressources.



Dans son étude sur les perceptions qu'ont les Canadiens de leur système de santé, le professeur Stuart Soroka fait référence à une enquête Ipsos Reid montrant que depuis

quelques années le public croit que les prestataires de soins de santé et leurs efforts pour adopter des méthodes efficaces et novatrices sont le facteur qui a le plus contribué à la durabilité du système au cours des dernières années⁹.

Le Conseil fait ressortir les activités ci-après dans le domaine des ressources de la santé, au cours de la dernière année.

Augmentation des investissements dans la formation, le recrutement et le maintien en poste

Les secteurs de compétence qui avaient la capacité de former des infirmières et des médecins ont augmenté leurs inscriptions. En voici quelques exemples :

- Le Nouveau-Brunswick a accueilli l'an dernier ses 24 premiers étudiants au campus de Moncton, dans le cadre d'un programme de formation médicale décentralisé de l'Université de Sherbrooke.
- La Colombie-Britannique a doublé le nombre d'inscriptions en école de médecine au cours des trois dernières années.
- L'Ontario a augmenté de 23 % les inscriptions en école de médecine et a ouvert une école de médecine dans le Nord.
- L'Ontario a augmenté le nombre de places d'infirmières praticiennes, qui est maintenant de 150.
- Le Nouveau-Brunswick a annoncé 95 nouvelles places d'infirmières en septembre 2005.

Tous les secteurs de compétence ont mis en place de nouvelles stratégies de recrutement et de maintien en poste, surtout axées sur les médecins et les infirmières. En voici quelques exemples :

- Le Nouveau-Brunswick a augmenté le nombre de numéros de facturation pour les médecins et a annoncé des bourses et des incitations fiscales.
- La Saskatchewan a accru ses investissements dans les placements cliniques, le recrutement central et un programme de rapatriation.



Mieux ouvrir les possibilités de carrière en santé aux Autochtones

Avec l'un des plus forts pourcentages de population autochtone de toutes les provinces et avec l'un des plus forts essors démographiques de la population autochtone (actuellement 13,5 % de la population totale de la province; elle atteindra 33 % d'ici 2045 selon les estimations)^a, la Saskatchewan s'est donné pour objectif d'obtenir une meilleure représentation des Autochtones parmi les effectifs du système de santé^b.

Mais un certain nombre d'obstacles courants se posent aux jeunes autochtones qui envisagent de suivre des études supérieures. Souvent, leur éducation comporte des lacunes en raison d'une préparation inadéquate au primaire et au secondaire. Autres

facteurs : les jeunes autochtones n'ont guère de modèles professionnels, et dans bien des cas ils ont une difficulté supplémentaire car ils doivent quitter leur réserve pour la première fois.

C'est pourquoi la province a mis en place des initiatives comme le Northern Health Sciences Access Program (NHSAP). Il y a cinq ans, la First Nations University of Canada, qui se trouve en Saskatchewan, et l'Université de la Saskatchewan ont collaboré pour créer ce programme sans précédent afin de préparer les jeunes autochtones à des études postsecondaires en sciences de la santé. Après 10 mois de préparation, les étudiants sont prêts à faire une demande d'inscription au Nursing Education Program of Saskatchewan (NEPS) ou à la National School of Dental Therapy (NSDT) au campus de Prince Albert, First Nations University. Le diplôme final est accordé par l'Université de la Saskatchewan.

En mai 2006, Valerie McLeod est devenue la première diplômée du NHSAP à obtenir un diplôme en sciences infirmières de l'Université de la Saskatchewan. « Le programme NHSAP m'a donné les bases dont j'avais besoin en maths et en sciences après quatre ans d'arrêt de ma scolarité », dit-elle à propos du soutien dont elle a bénéficié. Les étudiants suivent non seulement une formation en biologie, chimie, mathématiques et anglais, mais ils apprennent aussi la terminologie de la médecine, l'anatomie, la physiologie, les premiers soins et la RCR. « Après ma première année, il ne restait plus que 20 des 40 étudiants en sciences infirmières – certains avaient échoué, d'autres avaient abandonné. » Aujourd'hui, Valerie travaille comme IA au service de chirurgie à l'Hôpital Victoria de Prince Albert, et six autres étudiants de la première cohorte du NHSAP vont bientôt obtenir leur diplôme en sciences infirmières.

Certes, il existe d'autres programmes universitaires spéciaux pour les Autochtones au Canada, mais la First Nation University est tout à fait unique car elle offre aux étudiants un milieu complètement adapté à leur culture, qui met notamment en valeur le rôle des Aînés et la force spirituelle de la connaissance. Le NHSAP recourt à toute une gamme de stratégies pour enrichir l'apprentissage des étudiants et pour les aider à relever les défis de l'enseignement supérieur : un Aîné est en résidence pour dispenser un enseignement culturel, offrir des conseils spirituels et assurer le lien avec les traditions. Des conseillers pédagogiques et personnels travaillent en étroite collaboration avec chaque étudiant, pour le garder sur la voie du succès.

« Nous avons constaté que les étudiants qui ont suivi le NHSAP obtiennent de meilleurs résultats et ont de toute évidence mieux confiance en eux-mêmes », déclare Jackie Nixon, qui fait partie de l'équipe de cinq conseillers au campus de Prince Albert. « Je garde toujours ma porte ouverte, comme mes collègues des Services pour la réussite des étudiants. Il est important pour les étudiants de savoir que nous sommes là, surtout pour ceux qui habitent loin au nord de Prince Albert. Souvent, ils ont tout simplement besoin qu'on les écoute. »

Pour plus de renseignements sur le Northern Health Sciences Access Program, voir : www.firstnationsuniversity.ca.

^aSaskatchewan Department of First Nations and Métis Relations. (2004). Saskatchewan First Nations and Métis Demographic Data. [web page]. www.fnmr.gov.sk.ca/html/demographics/index.htm.

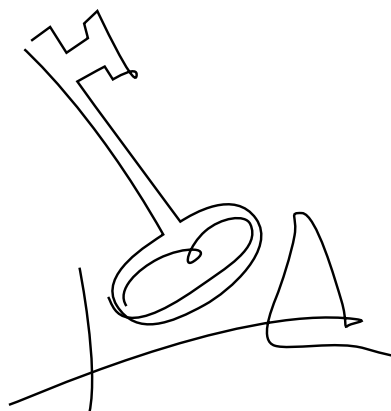
^bSaskatchewan Health. (déc. 2005). Working Together: Saskatchewan's Health Workforce Action Plan. www.health.gov.sk.ca/hplan_intro.html.

- L'Ontario a mis en place une initiative de fin de carrière qui offre des incitations aux infirmières à l'approche de la retraite pour qu'elles restent en poste. L'Ontario a également annoncé qu'en 2007 la province garantirait à chaque infirmière diplômée de la province un emploi à temps plein, dans le cadre d'une nouvelle stratégie de ressources humaines intitulée ProfessionsSantéOntario.
- Le Yukon a annoncé que 12,7 millions de dollars des 21,6 millions reçus dans le cadre du Fonds d'accès aux soins de santé dans les territoires seront consacrés à l'élaboration et à l'instauration d'une stratégie de RHS. Le Yukon offre des bourses aux étudiants en sciences infirmières, en médecine et dans les autres professions de la santé. Des initiatives de recrutement sont en cours, par le biais d'incitations accordées aux médecins de famille et de programmes de mentorat pour les infirmières. La question des lois régissant l'exercice des professions de la santé progresse, en commençant par la réglementation du personnel infirmier.

Mieux planifier pour répondre aux futurs besoins en professionnels de la santé

Beaucoup d'efforts ont été déployés récemment pour obtenir des données plus nombreuses, et meilleures, afin de faciliter l'élaboration et la planification des politiques et des décisions relatives aux ressources humaines. Le plus souvent, ces données se rapportent aux médecins et aux infirmières, mais très peu d'efforts ont été faits pour les autres professionnels de la santé essentiels aux équipes interprofessionnelles.

Pour régler ce problème, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) conçoit de nouvelles bases de données de ressources humaines sur cinq professions apparentées : ergothérapeutes, pharmaciens, physiothérapeutes, technologues de laboratoire et radiotechnologues. Les données sur les pharmaciens et les ergothérapeutes seront prêtes en décembre 2007. La collecte des données sur les physiothérapeutes devrait commencer à l'automne 2007. Les travaux sur les bases de données relatives aux technologues de laboratoire et aux radiotechnologues ont commencé à l'automne 2006. L'Ontario a terminé la première phase d'un projet de base de données sur les RHS apparentées. De plus, Statistique Canada entreprend des travaux sur un sondage destiné à déterminer la capacité institutionnelle des établissements de formation.



Les conclusions de l'Enquête nationale de 2005 sur le travail et la santé du personnel infirmier, faite en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé, Santé Canada et Statistique Canada, ont été publiées en décembre 2006. Cette enquête comporte un vaste ensemble de données ainsi que des valeurs de référence pour évaluer les futurs problèmes de santé au travail des infirmières.

Renforcer la collaboration en vue d'une meilleure planification nationale

En 2004, tous les gouvernements se sont engagés à accroître leur apport en professionnels de la santé, selon l'évaluation de leurs lacunes. Ils ont convenu d'élaborer des plans d'action pour planifier les effectifs, en se donnant notamment des objectifs de formation, recrutement et maintien en poste des professionnels de la santé, avant le 31 décembre 2005.

À la mi-janvier 2006, tous les secteurs de compétence – à l'exception de quelques-uns : Colombie-Britannique, Alberta et Yukon¹⁰ – avaient remis des rapports séparés. Bon nombre de plans ne sont pas suffisamment détaillés. Seuls quatre d'entre eux comprennent les besoins de soins de santé de la population, certains n'ont pas d'objectifs, et seuls quatre d'entre eux rattachent leurs objectifs au Cadre pancanadien de planification des ressources humaines de la santé.

Bien que nous n'ayons toujours pas de stratégie nationale de RHS clairement rattachée aux futurs modèles de prestation des soins, le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, qui regroupe des représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a conçu un Cadre pancanadien de planification des ressources humaines et a fait un suivi auprès des groupes de prestataires.

Ce cadre de planification comprend de nombreux éléments proposés précédemment par le Conseil de la santé. Il présente une vision commune, se donne des objectifs et les rattache à des résultats souhaités. Maintenant que nous disposons d'un Cadre pancanadien de planification des ressources humaines de la santé, il nous faut un mécanisme national de coordination qui fasse appel à la participation des organisations professionnelles, des prestataires de soins de santé, des organismes de réglementation, des syndicats, des employeurs et du gouvernement.

Toutefois, on note une amélioration de la planification en collaboration des RHS au niveau régional, par l'entremise de l'Atlantic Health Human Resource Association et du Western

Health Human Resource Planning Forum. Certains secteurs de compétence ont également commencé à travailler en collaboration avec les prestataires de soins. Ainsi, avec le soutien d'un financement du gouvernement fédéral, l'Île-du-Prince-Édouard a créé un Health Sector Council, qui rassemble autour d'une même table de planification tous les intervenants en matière de santé. Ce sont là des mesures positives.

On trouvera des renseignements actualisés sur la stratégie nationale de ressources humaines de la santé à Santé Canada, www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strategy/index_f.html.

Mettre fin à la concurrence interprovinciale pour les ressources humaines de la santé

La dure concurrence interprovinciale pour les ressources existantes de la santé reste une réalité, parfois troublante, au Canada. Chacun des secteurs de compétence planifie seul le recrutement et le maintien en poste de ses effectifs, sans aucun effort de coordination. Les manchettes de la presse montrent bien que certains secteurs de compétence parviennent plus facilement que d'autres à attirer les professionnels de la santé. « Les médecins répondent à l'appel de l'Ouest; les spécialistes sont séduits par les possibilités¹¹ ». Les statistiques corroborent cette réalité. Selon l'ICIS, seules la Colombie-Britannique et l'Alberta ont gagné un certain nombre de médecins en 2005 grâce à la migration interprovinciale. C'est en Colombie-Britannique que les gains ont été les plus importants, avec 117 médecins nouvellement installés dans la province. La Saskatchewan, Terre-Neuve-et-Labrador et le Manitoba ont été les plus durement frappés, avec des pertes respectives nettes de 37, 24 et 22 médecins. Cette concurrence entre les régions pour les ressources humaines de la santé ne fait qu'aggraver les problèmes d'apport et de répartition à travers tout le pays.



Professionnels de la santé formés à l'étranger

En 2005, le gouvernement fédéral a alloué 75 millions de dollars sur cinq ans pour aider les professionnels de la santé formés à l'étranger à se qualifier en vue d'exercer au Canada. Certaines provinces, comme l'Ontario, ont tiré profit de ce financement pour améliorer leur système et pour intégrer ces professionnels, en doublant largement le nombre de leurs places de formation et d'évaluation, qui sont passées de 90 à 200.

Lors de son Sommet de 2005 sur les ressources humaines de la santé, le Conseil canadien de la santé a recommandé l'adoption d'une approche nationale de gestion des professionnels diplômés à l'étranger. Par l'entremise du Conseil médical du Canada, un sous-comité permanent appelé Consortium national d'évaluation a été formé pour centraliser et uniformiser le processus d'évaluation. Ce consortium a consulté les directeurs des programmes pour les diplômés des écoles de médecine à l'étranger, dans chacun des secteurs de compétence, et conçoit actuellement un ensemble de mesures d'évaluation et de compétences qui sera adopté d'ici 2008.

Nouveaux rôles, nouvelles portées

Pour faire face aux pénuries dans les domaines à grands besoins, l'Ontario a défini quatre nouvelles catégories professionnelles : médecin adjoint, infirmière en endoscopie, premier assistant en chirurgie et spécialiste clinique en radiothérapie (voir p. 28). Le Conseil surveillera les efforts de recrutement faits par la province pour voir s'ils mènent aux résultats voulus.

L'Alberta est la première province à avoir adopté des textes de loi qui donnent à ses pharmaciens la plus grande portée d'exercice au Canada. À compter de 2007, les pharmaciens de l'Alberta pourront prescrire bon nombre des médicaments couverts, faire certains types d'injections, évaluer les patients et leur prescrire des médicaments sans forcément obtenir l'autorisation d'un médecin.

Les provinces se sont non seulement entendues pour uniformiser et centraliser le processus d'examen des changements aux titres professionnels d'entrée en pratique, mais elles ont commencé à l'adopter. En 2006, le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et sur les ressources humaines, qui réunit des représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a établi un sous-comité – le Comité pancanadien de coordination – qui sera chargé de centraliser le processus d'examen des demandes de changements aux titres professionnels d'entrée en pratique. Les professions qui souhaitent proposer des changements doivent désormais faire une présentation détaillée à ce comité et donner de solides arguments en vue de tels changements.

Nouvelles professions de la santé en Ontario

Médecin-adjoint : Aide les médecins surveillants à assurer les services médicaux, par exemple veille aux entrevues, aux antécédents et aux examens physiques des patients; effectue certains diagnostics et interventions thérapeutiques; commande et interprète les résultats de laboratoire et de radiologie des patients; conseille les patients sur les soins de prévention.

Infirmière en endoscopie : Infirmière autorisée qui a une formation spécialisée complète (en anatomie, physiologie et pathophysiologie) et qui travaille avec un médecin pour faire des examens aux sigmoïdoscopes flexibles (examens pour détecter les anomalies dans le tiers inférieur du colon).

Premier assistant en chirurgie : Travaille avec le chirurgien et le reste de l'équipe de la salle d'opération afin d'assurer de bons résultats pour le patient avant, pendant et après l'opération. Une infirmière autorisée peut assumer ce rôle si elle a également un certificat d'assistante en chirurgie.

Spécialiste clinique en radiothérapie : Technicien en radiation médicale (radiothérapeute) qui a une formation supplémentaire lui permettant de donner des soins plus spécialisés. Il travaille avec les radio-oncologues, les infirmières et les médecins pour assurer des résultats optimaux et sûrs de traitement au patient.

Source : ProfessionsSantéOntario, www.professionssanteontario.ca



Ce que nous conseillons

- Promouvoir des stratégies nationales, provinciales, territoriales coordonnées de ressources humaines de la santé, avec des objectifs précis répondant aux besoins de santé de la population.
- Élaborer des outils pertinents de mesure pour que les Canadiens puissent constater si les investissements en ressources humaines de la santé permettent d'améliorer l'accessibilité des services, la coordination des soins et les résultats obtenus.

Soins à domicile

Ce que les gouvernements ont promis

Dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, les gouvernements se sont engagés à déterminer avant le 30 septembre 2003 « l'ensemble de services » minimal à offrir aux particuliers et aux communautés. Les premiers ministres ont accepté d'assurer la couverture au premier dollar des soins actifs de courte durée à domicile, y compris des soins communautaires de santé mentale et des soins de fin de vie. Les premiers ministres ont aussi convenu que ces services seraient assurés en fonction d'une évaluation des besoins, dès 2006. Avec cette couverture au premier dollar, une fois que le seuil des besoins déterminés est atteint, le bénéficiaire ne paie rien de sa poche pour l'ensemble de services pendant deux semaines. Le gouvernement du Canada a convenu de mettre en place des prestations de compassion et des modalités de protection des emplois pour les Canadiens qui doivent prendre un congé temporaire afin de s'occuper d'un enfant, d'un parent ou d'un conjoint gravement malade ou mourant.

Le Plan décennal de 2004 a apporté les précisions suivantes aux types de services couverts, en fonction des besoins déterminés :

- soins actifs de courte durée à domicile pendant deux semaines, médications intraveineuses indiquées dans le diagnostic de sortie, soins infirmiers et soins personnels;



- soins communautaires actifs de santé mentale pendant deux semaines et services d'intervention d'urgence;
- soins de fin de vie, soins infirmiers, produits pharmaceutiques palliatifs couverts et soins personnels.

Les ministres de la Santé se sont entendus pour explorer les nouvelles étapes à suivre afin de respecter leur engagement relatif aux soins à domicile – avec notamment des plans de mise en œuvre échelonnée et de rapports annuels aux citoyens – et de rendre compte aux premiers ministres pour le 31 décembre 2006.

Ce que nous savons / Ce que nous ignorons

Rapports des secteurs de compétence sur les services de soins à domicile attendus pour le 31 décembre 2006

Le 17 janvier 2007, on ignorait si les ministères de la Santé avaient présenté des rapports sur les objectifs pour le 31 décembre, ou dans quelle mesure ils l'avaient fait. Quand les renseignements nécessaires seront communiqués, le Conseil de la santé fera une mise à jour.

Tous les secteurs de compétence, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, ont déclaré qu'ils ont respecté leur engagement d'assurer la couverture au premier dollar des soins de santé aigus (deux semaines) à domicile, y compris les soins de santé mentale communautaires et les soins de fin de vie.

Pour consulter les analyses précédentes faites par le Conseil de la santé sur les soins à domicile, voir le rapport annuel de 2006 aux Canadiens ou le document d'information de 2005, www.conseilcanadiendelasante.ca.

Définition plus large de l'admissibilité aux prestations de compassion

En 2004, le gouvernement du Canada a créé le Programme de prestations de compassion dans le cadre de son Programme d'assurance-emploi et de son Programme complémentaire de protection des emplois en vertu du *Code canadien du travail*. L'objectif de ce programme de prestations est de venir en aide aux personnes qui acceptent des pertes de revenu et une précarité d'emploi pour s'occuper à domicile de membres de leur famille qui sont mourants. Depuis peu, la définition des membres de la famille inclut les amis proches.



Offrir des soins à domicile au Nouveau-Brunswick

La plupart des établissements se souviennent avec fierté du jour où ils ont officiellement ouvert leurs portes. Bien qu'il n'ait pas de portes, le Programme extra-mural (PEM) – l'hôpital sans murs – célèbre son 25^e anniversaire de services à domicile, dans tout le Nouveau-Brunswick.

Anticipant les pressions que subiraient les services hospitaliers à la suite du vieillissement de la population, le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick a créé le Programme extra-mural pour offrir des options à l'admission en hôpital et pour faciliter la sortie précoce des établissements hospitaliers. Le PEM a accepté son premier patient en 1981 et, dès 1993, il couvrait toutes les régions de la province sous l'égide des autorités sanitaires régionales.

Actuellement, le PEM offre toute une gamme de soins à domicile à l'échelle provinciale : soins aigus, traitement des maladies chroniques et, plus récemment, soins palliatifs. Ce programme repose sur une équipe interprofessionnelle complète composée de médecins, d'infirmières, de diététistes, d'inhalothérapeutes, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, d'orthophonistes et de travailleurs sociaux.

Chaque autorité sanitaire assure des services en fonction des besoins locaux, tandis que la province finance le programme et définit les politiques et les normes provinciales de soins de santé. Le programme équivaut à seulement 3 % du budget total de la santé au Nouveau-Brunswick, mais il est au service de dizaines de milliers de clients de tous les âges (19 000 clients, dont 42 % ont moins de 65 ans, sont sortis de l'hôpital sans murs en 2005-2006^a).

Les faits saillants de l'essor du PEM reflètent les changements survenus dans la prestation des soins de santé au cours des 25 dernières années :

- 1991 : Le PEM s'associe aux Services familiaux et communautaires pour assurer un point d'entrée unique aux patients âgés de plus de 65 ans; par la suite, cette mesure s'étend à tous les adultes handicapés.
- 1997 : Le PEM prend davantage d'envergure et inclut les services communautaires de réadaptation.
- 2005 : Le PEM instaure des services de télésanté pour assurer la surveillance à distance des patients atteints de maladies chroniques; assure des services à domicile de soins aigus et de soins palliatifs, avec 28 nouvelles infirmières, trois travailleurs sociaux et un inhalothérapeute.

Quels facteurs expliquent la réussite du PEM? Un rapport interne récent à son sujet^a fait notamment ressortir ces facteurs, qui sont aussi divers que les services du PEM : concevoir un système complet de soins de santé à domicile pour répondre aux besoins futurs; reconnaître que les soins communautaires peuvent combler des lacunes dans les services de santé; s'assurer que tous les intervenants sont déterminés à assurer des soins aux patients à domicile; adopter des technologies nouvelles pour aider les patients à gérer leur santé à domicile; répondre à la demande de la clientèle pour des services comme les soins palliatifs à domicile.

Le PEM est maintenant bien établi et fait partie intégrante du système de santé au Nouveau-Brunswick, tout en restant suffisamment souple pour faire face aux changements que nécessiteront les futurs besoins en matière de santé.

Pour plus de renseignements sur le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick, voir : www.gnb.ca/0051/0384/index-f.asp

^a Hansen C. (juillet 2006). *Healthcare Without Walls: The New Brunswick Extra-Mural Program*. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

L'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest restent les deux seuls secteurs de compétence qui n'ont pas encore modifié leurs règlements locaux pour assurer une protection d'emploi aux personnes qui bénéficient des prestations de compassion. Parmi les 11 secteurs de compétence qui ont légiféré pour assurer une protection d'emploi connexe aux prestations de compassion, les définitions des soignants admissibles continuent de varier.

En décembre 2005, le Conseil a publié un document d'information, intitulé *Prestations de compassion : Analyse et évaluation*, qui étudie les raisons pour lesquelles si peu de Canadiens ont tiré parti du programme durant ses deux premières années d'existence. Le Conseil a recommandé que le gouvernement fédéral élargisse la définition des membres de la famille, aux fins de ce programme. En juin 2006, le gouvernement fédéral a légiféré pour que l'admissibilité s'étende à un ensemble plus grand de membres de la famille ainsi qu'aux amis proches.

En octobre 2006, l'Ontario a présenté un projet de loi pour modifier sa *Loi sur les normes d'emploi*, afin d'assurer une protection d'emploi à un ensemble plus grand de personnes admissibles aux prestations fédérales de compassion. Les dispositions du projet de loi ontarien définissent les « membres

de la famille » de façon très large et incluent les amis proches parmi les soignants admissibles, dans la lignée des modifications apportées à la loi fédérale en juin 2006.

Élaboration d'un nouveau système d'information sur les soins à domicile

La capacité de mesurer l'état d'avancement des services de soins à domicile s'améliore. L'ICIS a travaillé de concert avec plusieurs secteurs de compétence pour élaborer un système d'information sur les soins à domicile, en vue de recueillir des données sur les personnes qui reçoivent des soins à domicile au Canada. L'ICIS met en place une base de données à laquelle cinq régions de la Colombie-Britannique contribueront dès le début de 2007 en soumettant des données sur les soins à domicile. Ces données comprendront des données démographiques (p. ex., âge et sexe) et des renseignements sur les services (p. ex., type et durée des services auxquels les patients ont accès) et refléteront des facteurs comme la capacité qu'ont les gens de continuer des activités quotidiennes, ou des événements indésirables comme les chutes. L'Alberta et le Yukon suivront un peu plus tard en 2007. La Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse sont en pourparlers avec l'ICIS à propos d'une participation.



Ce que nous conseillons

- Veiller à ce que les lois provinciales et territoriales reflètent les nouvelles définitions données par le gouvernement fédéral pour l'admissibilité au Programme de prestations de compassion.

Gestion des produits pharmaceutiques

Ce que les gouvernements ont promis

Dans le cadre de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, les gouvernements se sont engagés à garantir aux Canadiens un accès raisonnable à la couverture des médicaments onéreux, partout au pays, d'ici la fin de 2005-2006. Les premiers ministres ont convenu qu'une de leurs priorités serait de collaborer en vue de promouvoir une utilisation optimale des médicaments et des pratiques exemplaires de prescription. Ils se sont également engagés à mieux gérer les coûts de tous les médicaments, y compris des médicaments génériques, et à veiller à ce que les médicaments soient efficaces, sûrs et disponibles en temps opportun, à des prix avantageux.

Le Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé enjoignait aux ministres de la Santé de créer un groupe de travail pour élaborer et instaurer une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, et de rendre compte des progrès au plus tard le 30 juin 2006. Cette stratégie devait comprendre les points suivants : options de coûts pour la couverture des médicaments onéreux, formulaire national pour les secteurs de compétence participants, accès plus rapide aux médicaments de pointe, meilleure surveillance de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments, stratégies d'achat, action pour influencer les habitudes de prescription, action pour appuyer la prescription électronique, et analyse des inducteurs de coût et de la rentabilité des politiques d'assurance-médicaments.

En octobre 2005, les ministres de la Santé se sont réunis et ont réaffirmé leur engagement envers la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Ils ont alors donné les directives suivantes à leurs hauts fonctionnaires :

- accélérer les travaux sur la couverture des médicaments onéreux et entreprendre des recherches sur les médicaments onéreux pour deux maladies rares : la maladie de Fabry et le syndrome de Hurler Schie (MPS1);
- donner plus d'envergure au Programme commun d'évaluation des médicaments (comité national chargé de recommander quels médicaments devraient être financés) afin d'examiner tous les médicaments, et pas

seulement les nouveaux médicaments considérés après la mise en place de ce programme commun;

- mettre en place un formulaire national commun (index des médicaments approuvés par les divers régimes publics d'assurance-médicaments);
- donner au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés la responsabilité de surveiller les prix des médicaments non brevetés, et d'en faire rapport;
- recueillir, intégrer et diffuser l'information sur les risques des médicaments déjà sur le marché et sur les avantages des médicaments.

Ce que nous savons / Ce que nous ignorons

Les produits pharmaceutiques sont le deuxième plus grand poste de coûts de santé. Venant tout de suite après les coûts des soins hospitaliers, les coûts de vente au détail des médicaments sur ordonnance et sans ordonnance représentent le poste en plus forte augmentation dans tout le système, avec une hausse de 6 % par an¹. À l'exception des produits pharmaceutiques prescrits dans les hôpitaux, les produits pharmaceutiques ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé*. Il existe donc tout un patchwork de régimes d'assurance publique pour les médicaments au Canada, ce qui laisse beaucoup de Canadiens sans protection pour les médicaments trop onéreux. Aujourd'hui encore, environ 3,5 millions de Canadiens ne bénéficient d'aucune assurance ou n'ont pas d'assurance adéquate pour la couverture des médicaments onéreux. Quelque 600 000 d'entre eux vivent dans les provinces du Canada atlantique¹². Cette réalité ne correspond pas aux attentes des Canadiens. Dans une étude faite par Pollara en 2005, 84 % des répondants ont convenu que « les gouvernements devraient s'assurer qu'il y a une limite maximale à ce que chaque personne doit payer personnellement pour les médicaments¹³ ».



De plus, il y a eu bien peu d'efforts communs pour promouvoir l'amélioration de la prescription appropriée ou pour réellement progresser vers un formulaire national commun.

Constat décevant sur les travaux en vue de la couverture des médicaments onéreux

Au cours des cinq dernières années, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont pris un certain nombre d'engagements pour collaborer à des politiques qui garantiront aux Canadiens l'accès aux pharmacothérapies requises, à un coût abordable. Jusqu'à présent, les efforts déployés en vue d'une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques ont visé à assurer à tous les Canadiens une protection contre les médicaments onéreux. La couverture des médicaments onéreux vise à garantir que tous les Canadiens aient accès aux pharmacothérapies nécessaires et qu'aucun Canadien ne souffre financièrement des coûts des médicaments onéreux prescrits dans le cadre de ces pharmacothérapies.

Toutefois, les progrès effectués en vue d'une couverture des médicaments onéreux pour tous les Canadiens se sont avérés décevants. Les résultats concrets à signaler sont minces.

Pourtant, en 2004, 40 % des Canadiens interrogés avaient indiqué que la couverture des médicaments onéreux contribuerait grandement à faire une différence dans l'amélioration de la qualité des soins de santé¹⁴. Le Conseil continue



d'appuyer les principes de la couverture des médicaments onéreux et se dit très déçu du manque de progrès réalisés pour protéger les Canadiens, où qu'ils vivent, du fardeau des coûts.

Certes, nous avons été encouragés de voir que le rapport d'étape des premiers ministres en septembre 2006 comprenait des options de coûts, mais aucune mesure de mise en œuvre n'a suivi. Nous incitons tous les gouvernements – fédéral, provinciaux et territoriaux – à déterminer les détails du financement nécessaire pour assurer un soutien adéquat. Un plan de mise en œuvre devrait être une priorité immédiate et un échéancier devrait être communiqué aux Canadiens au plus vite.

Approche improvisée quant à l'amélioration de l'accès aux médicaments onéreux pour les maladies rares

Les secteurs de compétence partout au Canada sont de plus en plus sollicités pour offrir des pharmacothérapies excessivement coûteuses, parfois non éprouvées ou

insuffisamment testées, à quelques personnes atteintes de maladies rares – ce qui donne lieu à des questions difficiles de qualité, d'éthique et de financement pour le système public.

Les travaux effectués en vue d'un cadre national pour aider les provinces et territoires à faire face à ces problèmes avancent lentement. Le défi est de ne pas institutionnaliser un patchwork de modèles de prestations pour les médicaments au Canada, ce qui gênerait les efforts de réforme quant aux produits pharmaceutiques.

En 2005, les premiers ministres ont convenu de financer les médicaments pour le traitement de deux maladies rares : maladie de Fabry et syndrome de Hurler Schie (MPS1). Entre-temps, les gouvernements et deux compagnies pharmaceutiques ont entrepris une étude triennale pour explorer les défis que pose l'évaluation de l'efficacité des pharmacothérapies pour les maladies rares, en prenant pour exemple le traitement de la maladie de Fabry.

Bon accueil au Programme commun d'évaluation des médicaments

Le Programme commun d'évaluation des médicaments, qui date de 2003, représente un pas important vers une collaboration entre les secteurs de compétence. Ce processus d'évaluation probante apporte des données cohérentes à tous les secteurs de compétence, tout en permettant à chacun des régimes d'assurance-médicaments de décider indépendamment quels médicaments il veut couvrir.

L'un des avantages du Programme commun d'évaluation des médicaments est qu'il a permis aux secteurs de compétence de réaliser des économies grâce à une efficacité accrue et de mieux harmoniser les prestations pharmaceutiques, en raison de cette approche centralisée. Les provinces et territoires ont fait bon accueil au Programme commun d'évaluation des médicaments. Tous ont convenu de lui donner une expansion graduelle, en commençant par les nouvelles utilisations de médicaments existants. Un plan d'activités sera préparé d'ici mars 2007 pour une évaluation commune des médicaments contre le cancer.



Progrès des tentatives faites en vue d'un formulaire national commun

Les progrès en vue d'un formulaire commun restent hésitants. Comme chaque province et territoire gère son propre régime d'assurance-médicaments, de grandes inégalités et iniquités subsistent en ce qui concerne la couverture des médicaments un peu partout au pays. Ainsi, une analyse entreprise par le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments d'ordonnance montre que 90 % de tous les remboursements faits par les régimes d'assurance-médicaments correspondent à un groupe de médicaments d'usage courant, mais que seulement 55 % à 60 % de ces médicaments sont communs à tous les secteurs de compétence. Cela a des répercussions pour les patients atteints de maladies chroniques qui ont tout un ensemble de médicaments à prendre, et qui veulent déménager ailleurs au Canada tout en restant admissibles à la même couverture d'assurance-médicaments dans leur nouvelle région.

Report de l'objectif de la SNPP sur les habitudes de prescription

Dans le Plan décennal de 2004, les gouvernements se sont engagés à élaborer et instaurer une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Cette stratégie devait comporter neuf objectifs, dont l'un était le suivant : « intensifier l'intervention pour influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé de sorte que les médicaments soient utilisés uniquement lorsque le besoin est réel et que le médicament convienne bien ».

Par la suite, les gouvernements se sont entendus pour se concentrer sur cinq des neuf objectifs. Influencer les habitudes de prescription des professionnels n'est pas resté parmi les priorités de premier plan. C'est pourquoi le Conseil va parrainer un symposium sur la gestion des médicaments, prévu pour juin 2007, qui portera sur les initiatives pour modifier et améliorer les habitudes de prescription des professionnels et qui présentera d'autres données probantes et options de politiques, en vue de discussions.

Mise en place des systèmes d'information sur les médicaments

La plupart des secteurs de compétence ont commencé à mettre en place des systèmes d'information sur les médicaments, qui sont une composante critique du dossier électronique de santé des patients. Un système d'information sur les médicaments, comme le Pharmanet de la Colombie-Britannique, est un système protégé qui relie toutes les pharmacies d'une région à un ensemble central de données pour assurer un accès rapide à la

plupart des renseignements actuels sur l'innocuité et sur les interactions des médicaments, ainsi que sur les antécédents pharmaceutiques des patients.

Les systèmes d'information sur les médicaments constituent une plateforme de la prescription électronique. Ils permettent aux pharmaciens d'envoyer, de lire et de confirmer les prescriptions électroniquement. En 2006, la planification et la mise en place des projets ont rapidement progressé, alors que la plupart des provinces se joignaient au mouvement (Figure 2). Actuellement, 185 millions de dollars sont dépensés pour mettre en place ces systèmes provinciaux. Le soutien apporté par Inforoute Santé du Canada a été essentiel à la réussite de l'initiative.

Contestation de l'interdiction de la publicité directe aux consommateurs (PDC)

L'an dernier, le Conseil a commandé une étude, *Publicité directe aux consommateurs des médicaments d'ordonnance au Canada : quelles en sont les conséquences sur la santé publique?* Cette étude a conclu que le public ne souhaitait pas un assouplissement de la *Loi sur les aliments et les drogues*. L'étude n'a trouvé aucune preuve que la publicité directe pourrait mener à une amélioration de la santé, à une meilleure adhésion des patients à leur pharmacothérapie, à un diagnostic précoce plus pertinent des maladies sous-traitées, ou à la prévention d'hospitalisations. Mais l'étude a constaté qu'une recrudescence de la publicité directe aux consommateurs pourrait entraîner une hausse des prescriptions et des coûts pour le système de santé, qui subit déjà bien des pressions en raison de la flambée des prix des médicaments.

Depuis, CanWest Mediaworks a préparé une contestation fondée sur la Charte relativement à l'interdiction légale de la publicité directe aux consommateurs pour les médicaments, contestation qui devrait être présentée en cour en 2007. Tous les secteurs de compétence déclarants signalent qu'ils appuient l'interdiction de la publicité directe des médicaments aux consommateurs.

Figure 2 : Progrès des projets de prescription électronique

Secteur de compétence	Nom du projet*
National (Inforoute Santé du Canada)	Deployment Plan for Multiple Jurisdictions
	Drug Information Program Investment Strategy Development
	Drug Information Solution Toolkit
	Drug Information System Business Case
	Pan Canadian Drug Messaging Standards
	Pan Canadian ePrescribing Transmission Requirements Standard
Colombie-Britannique	Drug Expansion Strategy
Alberta	Pharmacy Information Network Implementation
Saskatchewan	Pharmacy Information Program
Ontario	Drug Profile Viewer
Québec	Système d'information sur les médicaments
Terre-Neuve-et-Labrador	Système d'information sur les médicaments
Île-du-Prince-Édouard	Système d'information sur les médicaments
Yukon	Système d'information sur les médicaments

* Mars 2006



Ce que nous conseillons

- Nous encourageons les gouvernements à s'acquitter au plus vite de leur engagement et à donner à tous les Canadiens accès à la couverture des médicaments onéreux. Un échéancier devrait être établi et annoncé, et la mise en œuvre devrait immédiatement commencer.
- Les Canadiens devraient être informés du coût potentiel de la couverture pancanadienne des médicaments onéreux. Tous les gouvernements, y compris le gouvernement fédéral, devraient indiquer comment ils comptent contribuer à assurer à tous les Canadiens, partout au pays, une couverture similaire des médicaments onéreux.
- Le gouvernement fédéral devrait consolider ses lois pour interdire toute forme de publicité directe aux consommateurs pour les médicaments au Canada. Les lois devraient clairement interdire les invitations aux patients et les annonces de rappel.

Temps d'attente

Ce que les gouvernements ont promis

En réponse aux graves préoccupations du public au sujet des temps d'attente, les premiers ministres ont pris cinq engagements précis dans leur Plan décennal pour consolider les soins de santé.

- Les premiers ministres se sont engagés à donner, pour la fin de décembre 2005, des normes de référence fondées sur des preuves pour les temps d'attente dans cinq domaines prioritaires : cancer, maladies cardiaques, imagerie diagnostique, remplacement des articulations et restauration de la vue (chirurgie de la cataracte).
- Ils ont aussi convenu d'élaborer des indicateurs comparables de l'accès aux professionnels de la santé et des procédures de diagnostic et de traitement, pour la fin de 2005.
- Les provinces et territoires se sont entendus pour se donner des objectifs d'ici la fin de 2007 pour respecter ces normes sur les temps d'attente.
- Ils se sont engagés à rendre compte de leurs progrès en vue de ces objectifs chaque année.
- Pour aider les provinces et territoires à réduire les temps d'attente, le gouvernement fédéral a créé un Fonds pour la réduction des temps d'attente, de 5,5 milliards de dollars, la répartition du financement se faisant par habitant.

Ce que nous savons / Ce que nous ignorons

Le Fonds pour la réduction des temps d'attente (annexe Tableau 4) a aidé les secteurs de compétence à aller rapidement de l'avant. En résultat, comme l'a noté le *Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente*, les activités se sont multipliées un peu partout au pays pour mettre en place les structures nécessaires et pour réduire les arriérés¹⁵. Des investissements ont été faits dans l'équipement, les ressources humaines, l'éducation et la formation des professionnels, la technologie et les systèmes d'information.

Les provinces et territoires ont signalé des progrès en ce qui concerne les temps d'attente. Conformément aux engagements pris dans le Plan décennal de 2004, les provinces et territoires ont annoncé en décembre 2005 le premier ensemble de normes de référence fondées sur des preuves relativement

aux temps d'attente pour la radiothérapie, le remplacement de la hanche et du genou, le pontage cardiaque, la chirurgie de la cataracte, le dépistage du cancer du col de l'utérus et la réduction des fractures de la hanche (annexe Tableau 2).

Il n'a pas été possible d'établir une norme de référence pour l'imagerie diagnostique, car il n'y avait pas suffisamment de preuves sur les tomodensitogrammes et l'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRMN). De plus amples recherches s'avèrent nécessaires. L'Ontario a établi sa propre norme de référence. Les provinces et territoires n'ont pas rendu compte des indicateurs comparables d'accès aux professionnels de la santé et des procédures de diagnostic et traitements en décembre 2005, alors que les premiers ministres avaient également pris des engagements dans ce sens dans le Plan décennal de 2004. Ces rapports sont encore attendus.

Opinions du public sur les temps d'attente

Pour les Canadiens, la réduction des temps d'attente et l'accès aux soins en temps opportun constituent les priorités de premier plan. Cela couvre toute une gamme de soins de santé, allant de l'accès aux médecins de famille et aux médecins qui assurent des soins primaires, aux services d'urgence et aux interventions chirurgicales¹⁶.

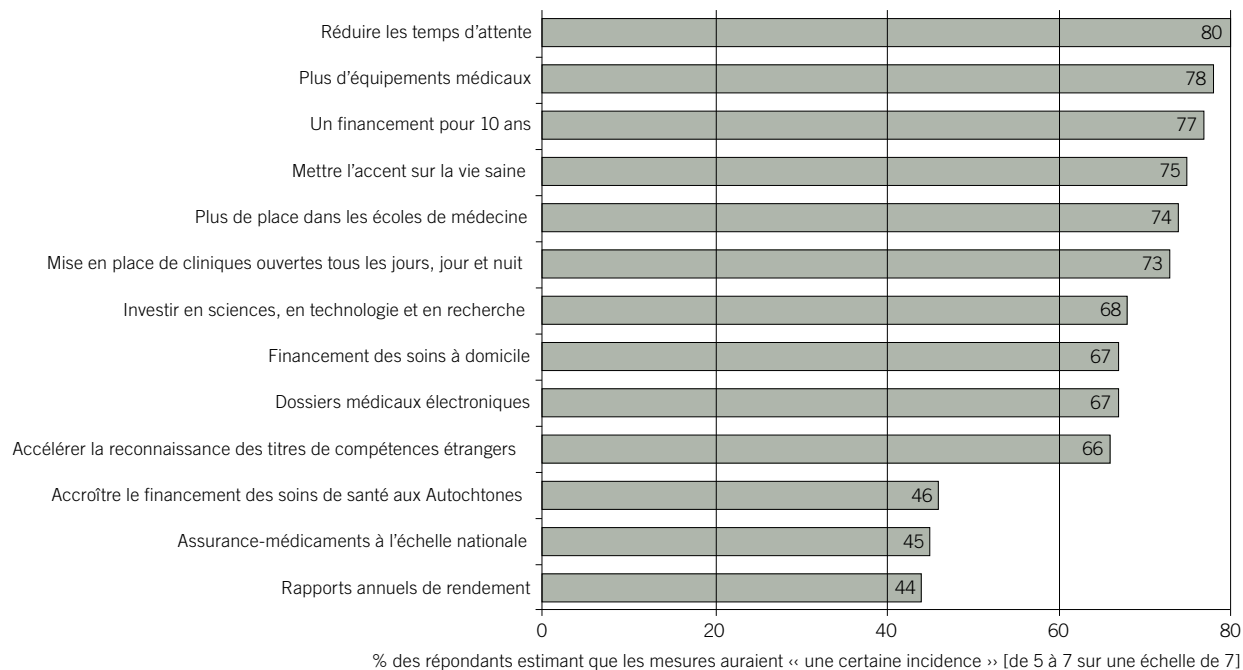


Les Canadiens ont été généralement satisfaits des investissements et des mesures d'action visibles du gouvernement en ce qui concerne les temps d'attente. Pour eux, les temps d'attente sont un bon moyen d'évaluer le fonctionnement du système de santé et de voir s'il y a une amélioration ou non¹⁷.

En 2004, 80 % des Canadiens interrogés ont déclaré que la réduction des temps d'attente avait des répercussions notables sur l'amélioration des soins de santé au Canada (voir Figure 3)¹⁸. Depuis 2003, la perception que se font les Canadiens de leur système de santé s'est améliorée, mais leur perception des temps d'attente et des probabilités d'amélioration future des temps d'attente ne semble guère meilleure¹⁹. La situation en est là, en dépit d'investissements axés sur la réduction des temps d'attente, en particulier dans les cinq domaines visés.

Figure 3. Priorités de politiques, Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé

Pour chacun des éléments suivants, inclus dans le Plan décennal pour consolider les soins de santé, veuillez me dire jusqu'à quel point vous croyez que ceux-ci pourront avoir une incidence sur l'amélioration de la qualité des soins de santé.



% des répondants estimant que les mesures auraient « une certaine incidence » [de 5 à 7 sur une échelle de 7]
 Source : Sondage de The Strategic Counsel, pour Santé Canada, septembre 2004. (N=2000)

Les temps d'attente ont-ils été valablement réduits dans les cinq domaines visés?

Bien que les accords sur la santé n'exigent pas de rapport sur les progrès faits quant à la réduction des temps d'attente avant le 31 mars 2007, on décèle déjà des signes d'amélioration.

Il y a eu tout un ensemble d'activités alors que les secteurs de compétence pouvaient au Fonds pour la réduction des temps d'attente, de 5,5 milliards de dollars. Des stratégies novatrices ont été mises en place un peu partout au pays. Certains secteurs de compétence se sont concentrés sur les arriérés; d'autres ont adopté des stratégies de spécialisation; d'autres encore ont opté pour des restructurations des systèmes pour améliorer le déplacement des patients et la gestion d'ensemble.

En mars dernier, l'ICIS a publié un rapport, *Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons*, qui brosse un tableau unique et actuel des temps d'attente pour l'évaluation et le diagnostic, les interventions chirurgicales et les soins en phase aiguë. Le rapport note que, bien que nous soyons mieux informés sur

les temps d'attente qu'il y a un an, nous n'avons toujours pas un tableau pancanadien complet de la situation. Toutefois, les données indiquent qu'à l'échelle nationale c'est pour le remplacement du genou que le temps d'attente tend à être le plus long, suivi par le remplacement de la hanche et la chirurgie de la cataracte, alors que les temps d'attente pour les interventions cardiaques sont plus courts.

Dans certains cas, on constate des progrès bien réels. Ainsi, le Manitoba est parvenu à remédier aux longs temps d'attente des cancéreux pour les radiothérapies. Il y a cinq ans, le temps d'attente était de six semaines et la province envoyait des patients se faire soigner aux États-Unis. Aujourd'hui, le temps d'attente est d'une semaine. Pour y arriver, le Manitoba a apporté des changements systémiques, offert des salaires concurrentiels pour attirer et conserver le personnel requis, donné plus d'expansion à la formation pour les radiothérapeutes et acheté de l'équipement nouveau de radiothérapie. (voir www.gov.mb.ca/health/waitlist/report2006.pdf)

En novembre 2005, le Conseil a fait paraître une étude intitulée *Dix étapes vers un cadre commun de production de*

Figure 4. Rapports sur les tendances quant aux temps d'attente pour le remplacement de la hanche et du genou

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des temps d'attente pour le remplacement de la hanche et du genou au Canada. Pour un rapport complet des temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires, voir l'annexe Tableau 2.

Secteur de compétence	Rapports sur les tendances quant aux temps d'attente		Site Web
	Remplacement de la hanche	Remplacement du genou	
Colombie-Britannique	De 2001 à 2006, le temps d'attente médian a diminué d'environ 19,6 à 16,3 semaines.	De 2001 à 2006, le temps d'attente médian a diminué d'environ 25,3 à 19,9 semaines.	www.health.gov.bc.ca/cpa/mediasite/waitlist/median.html
Alberta	De septembre 2005 à septembre 2006, une diminution d'environ 3 semaines du temps d'attente médian a été signalée.	De septembre 2005 à septembre 2006, une diminution d'environ 5 semaines du temps d'attente médian a été signalée.	www.ahw.gov.ab.ca/waitlist/WaitListPublicHome.jsp
Saskatchewan	Pas de rapport – Le site Web fait uniquement rapport du temps d'attente médian actuel pour la chirurgie orthopédique. Le temps d'attente médian était de 6,3 semaines de janvier à juin 2006. Pas de réduction déclarée du temps d'attente, pour le remplacement de la hanche et du genou, sur le site Web.		www.sasksurgery.ca/wait-list-info.htm
Manitoba	Pas de rapport – Le temps d'attente médian est déclaré uniquement pour l'année en cours (2006); il varie de 16 à 20 semaines selon la région. Pas de réduction déclarée du temps d'attente, pour le remplacement de la hanche, sur le site Web.	Pas de rapport – Le temps d'attente médian est déclaré uniquement pour l'année en cours (2006); il varie de 25 à 47 semaines selon la région. Pas de réduction déclarée du temps d'attente pour le remplacement du genou, sur le site Web.	www.gov.mb.ca/health/waitlist/surgical/index.fr.html
*Ontario	90 ^e percentile déclaré. De 2005 à 2006, diminution du temps d'attente de 351 à 281 jours.	90 ^e percentile déclaré. De 2005 à 2006, diminution du temps d'attente de 440 à 353 jours.	www.health.gov.on.ca/transformation/wait_times/wt_data/data_ontario.fr.html#
Quebec	Le site Web indique le pourcentage des cas traités dans les 6 mois d'attente en 2004-2005. Le pourcentage varie selon la région et l'établissement. Dans la région de Montréal, le pourcentage varie de 0 à 30 %. Pas de réduction déclarée du temps d'attente pour le remplacement de la hanche, sur le site Web.	Le site Web indique le pourcentage des cas traités dans les 6 mois d'attente en 2004-2005. Le pourcentage varie selon la région et l'établissement. Dans la région de Montréal, le pourcentage varie de 0 à 81 %. Pas de réduction déclarée du temps d'attente pour le remplacement du genou, sur le site Web.	www.msss.gouv.qc.ca/fr/
Nouveau-Brunswick	Seules les données de 2004-2005 sont disponibles – environ 90 % des cas ont été traités dans les 6 à 9 mois. Pas de réduction déclarée du temps d'attente pour le remplacement de la hanche, sur le site Web.	Seules les données de 2004-2005 sont disponibles – environ 90 % des cas ont été traités dans les 9 à 12 mois. Pas de réduction déclarée du temps d'attente pour le remplacement de la hanche, sur le site Web.	www.gnb.ca/0217/NBSCN-RSCNB/wait-f.asp
Nouvelle-Écosse	Les données d'avril à juin 2006 indiquent que 92 % des cas ont été traités dans les 540 jours. Pas de réduction déclarée du temps d'attente pour le remplacement de la hanche, sur le site Web.	Les données d'avril à juin 2006 indiquent que 93 % des cas ont été traités dans les 720 jours. Pas de réduction déclarée du temps d'attente pour le remplacement du genou, sur le site Web.	www.releases.gov.nl.ca/releases/2006/health/0418n02.htm
Île-du-Prince-Édouard	Pas de rapport	Pas de rapport	Pas de site Web
Terre-Neuve-et-Labrador	Le site Web indique le pourcentage des cas traités dans les 182 jours, par trimestre. Au troisième trimestre, le pourcentage provincial varie de 87,5 % dans la région sanitaire de l'Est à 94 % dans la région sanitaire du Centre. En comparaison, au deuxième trimestre, le pourcentage provincial varie de 92 % dans la région sanitaire de l'Ouest à 100 % dans la région sanitaire du Centre.	Le site Web indique le pourcentage des cas traités dans les 182 jours, par trimestre. Au troisième trimestre, le pourcentage provincial varie de 88,2 % dans la région sanitaire de l'Est à 100 % dans la région sanitaire du Centre. En comparaison, au deuxième trimestre, le pourcentage provincial varie de 70 % dans la région sanitaire de l'Est à 100 % dans la région sanitaire du Centre.	www.releases.gov.nl.ca/releases/2006/health/0418n02.htm
Nunavut	Pas de rapport	Pas de rapport	Pas de site Web
Territoires du Nord-Ouest	De juillet 2005 à septembre 2006, le nombre de patients attendant un remplacement de la hanche ou du genou a diminué d'environ 250 à environ 100.		www.srhb.org/cont_public/surgical_wait/index.html
Yukon	Pas de rapport	Pas de rapport	Pas de site Web

*Signale uniquement la priorité 4 ou les priorités de moindre importance.

rapports sur les temps d'attente. Dans ce document, nous avons demandé que les temps d'attente commencent à être comptés dès le moment où un patient fait part de son problème à son médecin pour la première fois. Nous avons aussi recommandé que l'urgence de l'état du patient soit pris en considération lors de son placement sur la liste d'attente. Finalement, nous avons demandé que les temps d'attente soient comptés et enregistrés séparément pour les patients hospitalisés et les patients non hospitalisés. Étant donné que les priorités sont axées sur les soins aigus, nous présumons que l'urgence est un facteur qui entre en compte, mais il n'est pas évident que cet élément soit mesuré uniformément, car les renseignements communiqués sur les sites Web des secteurs de compétence ne font pas tous référence aux temps d'attente en fonction de l'urgence. Les rapports sur les normes de référence répondront peut-être à cette question dans une certaine mesure, surtout en ce qui concerne les soins de cardiologie où l'urgence est explicitement définie.

Le Conseil fera une analyse des réductions des temps d'attente dans les différents secteurs de compétence, après la date d'arrêté de leurs rapports le 31 mars 2007, et communiquera une mise à jour.

Les Canadiens ont-ils meilleur accès aux renseignements sur les temps d'attente?

Étant donné que les temps d'attente constituent l'un des signes les plus visibles du bon fonctionnement du système de santé, il est important de bien communiquer les progrès réalisés pour réduire les temps d'attente afin de redonner confiance au public. La mise en place de normes de référence pancanadiennes permet aux patients et à leur famille de mieux savoir combien de temps ils devront attendre des soins dans certains domaines.

De nombreux secteurs de compétence ont créé des sites Web où les patients peuvent voir quels sont les temps d'attente pour diverses procédures. D'autres ne l'ont pas fait, par exemple l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador. Dans certains cas, comme en Saskatchewan et en Nouvelle-Écosse, les données sur les temps d'attente sont publiques pour tous les services chirurgicaux. Cela renforce l'obligation de rendre compte au public et permet de fournir aux patients des renseignements précieux sur leur temps d'attente personnel pour une intervention chirurgicale ou une autre procédure prioritaire.

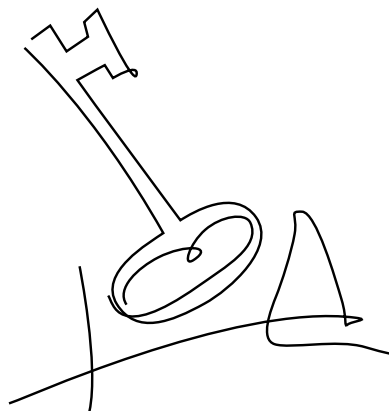
Ces sites Web constituent un bon premier pas pour donner aux patients meilleur accès aux renseignements sur les temps d'attente et pour rebâtir la confiance du public à l'égard du système. Il ne fait aucun doute que les secteurs de compétence s'efforceront d'améliorer la qualité des données sur leurs sites et feront de plus en plus de rapports en temps réel.

Nous encourageons tous les secteurs de compétence à fournir des temps d'attente précis pour l'hôpital ou l'établissement où doit avoir lieu une procédure ou une intervention chirurgicale. Actuellement, huit secteurs de compétence fournissent des données régionales et trois d'entre eux – Colombie-Britannique, Alberta et Québec – donnent également les temps d'attente pour un établissement ou un chirurgien particulier. Le Conseil canadien de la santé encourage les provinces et territoires à inclure des renseignements sur les temps d'attente dans tous les établissements, même ceux qui ne participent pas au Fonds pour la réduction des temps d'attente, et par la suite à étendre le processus de rapports à toutes les procédures non ciblées.

Voici un aperçu des efforts faits pour donner aux patients des renseignements amplement suffisants et aisément disponibles sur les temps d'attente.

- L'Ontario parvient presque à fournir ces renseignements en « temps réel ».
- La Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse font rapport sur les cinq procédures visées.
- Le site Web de la Nouvelle-Écosse sur les temps d'attente est un site convivial, où les patients peuvent facilement naviguer pour trouver des renseignements valables et pertinents concernant les temps d'attente. (voir www.gov.ns.ca/health/waittimes/default.htm)

Dans l'ensemble, les provinces et territoires ont entrepris des activités importantes et ont fait des efforts délibérés pour mieux mesurer les temps d'attente et pour en faire rapport publiquement. Cela témoigne d'un engagement réel à partager l'information. Toutefois, les sites Web continuent de présenter les données de différentes manières, et il est donc difficile de comparer et d'évaluer les progrès sur les réductions des temps d'attente à l'échelle nationale (voir Figure 4).





Prendre le contrôle des listes d'attente, patient après patient

L'un des problèmes clés des listes d'attente en matière de santé, dans bien des régions du Canada, est le manque de processus centralisés de gestion et de vérification. Dans certains cas, des patients inscrits à une liste ne sont plus en attente (par exemple, s'ils sont allés se faire soigner ailleurs). Dans d'autres cas, des patients peuvent être parfaitement disposés à voir un autre médecin, mais n'ont aucun moyen de savoir quel autre médecin est disponible.

En juillet 2004, les hôpitaux de St. John's (qui font partie de l'Eastern Health, autorité sanitaire régionale intégrée de la région de la capitale de Terre-Neuve-et-Labrador) ont mis en place une stratégie coordonnée de gestion des listes d'attente pour les interventions chirurgicales électives. Ils ont tout d'abord engagé un gestionnaire des listes d'attente, qu'ils ont chargé de travailler en collaboration avec un comité nouvellement fondé, pour procéder à un examen intensif de la liste d'attente des patients adultes inscrits pour une intervention chirurgicale élective, partout dans la région.

Cet examen se proposait de vérifier le nombre réel de patients inscrits en attente d'interventions chirurgicales électives et de les classer selon un code d'urgence approprié. L'Eastern Health pourrait alors déterminer quels patients attendaient depuis une durée considérée non acceptable, puis donner aux patients la possibilité d'être réévalués et d'être inscrits sur une liste d'attente actualisée, en fonction des besoins de chacun.

Les responsables de cet examen ont communiqué avec chaque patient inscrit sur la liste d'attente pour des interventions chirurgicales électives avant avril 2005, soit quand un nouveau processus de classification des urgences pour les patients est entré en vigueur. Ceci a exigé la participation active de nombreux intervenants, dont les patients, les prestataires de soins, les médecins, le personnel de bureaux privés, ainsi que les équipes responsables des listes d'attente et de la gestion de l'information.

Un processus systématique a commencé en septembre 2005 et 2 353 questionnaires ont été envoyés aux patients. Près de la moitié des patients (48 %) ont répondu à ce sondage par écrit, et des efforts de suivi ont permis de communiquer en fin de compte avec 66 % des patients.

Résultat, l'Eastern Health a pu :

- éliminer de la liste d'attente 32 % des patients;
- confirmer que 45 % des patients encore inscrits sur la liste d'attente étaient disposés à voir un autre chirurgien;
- déterminer que, parmi les 741 patients qui ont répondu à la question leur demandant si leur état avait empiré durant leur attente, 38 % ont déclaré qu'ils pensaient que oui (ce pourcentage est inférieur d'environ 10 % à celui constaté par l'Association médicale canadienne à la suite d'un sondage de 2004 sur les patients déclarant des temps d'attente déraisonnables).

« Les patients ont apprécié d'être consultés pour cette étude sur les listes d'attente. Le processus leur a non seulement permis de participer à cette initiative, mais leur a permis d'exprimer leurs opinions sur les temps d'attente et sur les retards dans les interventions chirurgicales », a déclaré Kathy Fowler, responsable des Services de gestion des listes d'attente pour les hôpitaux de St. John's.

S'il y a une seule leçon à tirer de cette initiative d'amélioration de la qualité, a poursuivi Kathy Fowler, « c'est qu'il faudrait mettre en place un processus pour faire un examen régulier et systématique des renseignements existants sur les listes d'attente, avec la participation de tous les intervenants, y compris des patients ». Dans le cadre d'un plan triennal, les hôpitaux ont recours à la même stratégie pour s'attaquer aux listes d'attente relatives à l'imagerie diagnostique et aux services ambulatoires.

Des données comparables et valables sont essentielles à une analyse et une évaluation continues. Dans un rapport daté de décembre 2006, le vérificateur général de l'Ontario s'interroge sur la validité de regrouper dans une seule et même mesure les patients hospitalisés et les patients non hospitalisés – méthode couramment employée au Canada, et que le Conseil a contestée dans son étude sur les 10 étapes. Le gouvernement de l'Ontario a chargé l'ancien sénateur Michael Kirby de présenter des recommandations sur les futurs rapports publics.

L'attention accordée aux cinq domaines visés a-t-elle eu pour effet d'accroître les temps d'attente pour les autres procédures?

Certains se demandent si les efforts faits pour réduire les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires – cancer, maladies cardiaques, imagerie diagnostique, remplacement des articulations et restauration de la vue – ont eu pour conséquence non intentionnelle d'augmenter les temps d'attente pour les autres procédures. Depuis 2005, le Conseil pose la question, montrant le besoin d'une approche pancanadienne exhaustive pour mesurer, surveiller et gérer les temps d'attente pour toutes les procédures. Nous attendons avec impatience l'analyse préliminaire que fera

l'ICIS cette année sur les tendances de cinq années quant au nombre d'interventions chirurgicales, car nous obtiendrons alors des renseignements supplémentaires qui nous permettront de tenir des débats éclairés.

Les progrès sur les temps d'attente sont-ils durables?

Nous continuons de prévenir les secteurs de compétence qu'il ne suffira pas d'allouer des ressources supplémentaires pour réduire les longues attentes. À court terme, cela permettra de redresser la situation, mais pas de mettre en place des fondements durables pour régler les problèmes une fois que le financement fédéral sera épuisé. C'est pourquoi nous recommandons que les secteurs de compétence envisagent la restructuration et la refonte du système. Ces solutions permettraient en effet une meilleure gestion des ressources et du déplacement des patients.

Plusieurs initiatives de restructuration du système ont été prises un peu partout au pays, avec notamment la création d'établissements spécialisés, d'équipes de soins spécialisées, et la répartition des ressources dans les grands établissements pour atteindre quelques-unes des cibles précises visées.



Ce que nous conseillons

- Les gouvernements doivent continuer d'évaluer si la réduction des temps d'attente dans les cinq domaines visés a un effet d'éviction sur les temps d'attente pour les autres services.
- Les gouvernements doivent aussi s'assurer que l'urgence de l'état d'un patient entre en compte dans son placement sur la liste d'attente, et qu'un mécanisme est en place pour vérifier que c'est bien le cas.
- Les secteurs de compétence devraient élaborer leur propre registre centralisé des temps d'attente, pour **toutes** les procédures. Centraliser la gestion de la collecte des données sur les temps d'attente, c'est contribuer à leur exactitude et à leur comparabilité.
- Les secteurs de compétence devraient agir au plus vite pour fournir en temps réel des renseignements, hôpital par hôpital, sur les sites Web gouvernementaux que tous, patients ou non, peuvent consulter.
- Les secteurs de compétence devraient inclure des renseignements sur les temps d'attente dans **tous** les établissements, même ceux qui ne participent pas au Fonds pour la réduction des temps d'attente, et par la suite étendre le processus de rapports à toutes les procédures non visées.



Interventions pour la sécurité des patients | Agrément et divulgation |
Gestion électronique de l'information | Indemnisation hors-faute |
Rapports sur les événements indésirables | Lois sur la sécurité des
patients | Indicateurs et rapports publics | Transferts fédéraux aux
provinces et territoires | Transfert canadien en matière de santé |
Fonds pour la réduction des temps d'attente | Fonds pour l'équipement
diagnostique et médical | Fonds de réforme de la santé

QUALITÉ DES SOINS



Notre système de santé fournit des soins sûrs et pertinents aux Canadiens, jour après jour. Toutefois, les recherches internationales et canadiennes donnent de nombreuses preuves que des événements dits indésirables peuvent se produire – et se produisent – dans les services de santé : blessures ou complications non intentionnelles qui entraînent des séjours prolongés en hôpital, des invalidités, voire des décès. Certains événements indésirables sont inévitables, par exemple une réaction allergique imprévue à un antibiotique.

Dans une étude qui a fait date, le D^r Baker et le D^r Norton ont constaté qu'environ 7,5 % (185 000) des admissions à l'hôpital, au Canada, étaient associées à un événement indésirable en l'an 2000, et que près de 70 000 de ces événements étaient potentiellement évitables²⁰.

Plus étonnamment encore, cette étude a déterminé que chaque année les événements indésirables pourraient causer jusqu'à 23 750 décès parmi les patients hospitalisés, et que plus d'un million de jours supplémentaires d'hospitalisation pourraient en résulter.

La réponse que nous donnerons aux événements indésirables sera cruciale pour améliorer la qualité des soins au Canada. Nous devons reconnaître que ces événements se produisent, et nous devons en tirer des leçons pour changer les processus qui les causent.

Sécurité des patients

Ce que les gouvernements ont promis

En 2003, les premiers ministres se sont engagés à fonder l'Institut canadien sur la sécurité des patients, dans le but de fournir des renseignements sur des stratégies judicieuses d'amélioration de la sécurité des patients, de coordonner l'information entre les divers secteurs et systèmes, de promouvoir les pratiques exemplaires, de mieux sensibiliser les intervenants, les patients et le public sur la question.

Ce que nous savons / Ce que nous ignorons

La sécurité des patients est un élément crucial pour la qualité du système de santé. En 2006, le Conseil canadien de la santé y a consacré beaucoup d'activités. Il a entamé un projet de recherche pour mieux documenter les méthodes d'agrément et les processus de divulgation de l'information partout au pays. En juin, le Conseil s'est allié à Inforoute Santé du Canada pour parrainer une conférence sur la mise en place du dossier

électronique de santé (rapport sommaire à www.conseilcanadiendelasante.ca), qui s'avère fort prometteur pour améliorer la qualité, l'efficacité et la sécurité des soins de santé. En septembre, le Conseil a organisé une table ronde sur la sécurité des patients et sur l'indemnisation hors faute. Nous explorons cette initiative et d'autres, ainsi que leurs répercussions éventuelles sur la sécurité des patients, dans cette partie de notre rapport.

Faisons-nous des progrès en ce qui concerne la sécurité des patients? Certaines initiatives décrites ci-après semblent avoir des répercussions positives et d'autres présentent des possibilités notables. Mais il est difficile de déterminer si de vrais progrès sont accomplis, car l'information sur les événements indésirables n'est ni recueillie, ni évaluée de manière coordonnée.

Augmentation des interventions pour la sécurité des patients

L'Institut canadien sur la sécurité des patients (ICSP) a lancé une campagne en avril 2005, intitulée *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Ce programme bénévole encourage les organisations canadiennes de soins de santé à recourir à des interventions ciblées, dont on sait qu'elles contribuent à la sécurité des patients. Jusqu'à présent, 171 hôpitaux et régions sanitaires et 404 équipes sont inscrits dans cette campagne populaire, qui a pour objectif de réduire le nombre de blessures et de décès résultant d'événements indésirables, comme les infections et les problèmes de médication.

À plus long terme, l'ICSP a l'intention de concevoir d'autres interventions qui pourront s'appliquer à une plus grande variété de contextes des soins de santé.

Nécessité de rendre obligatoires l'agrément et la divulgation

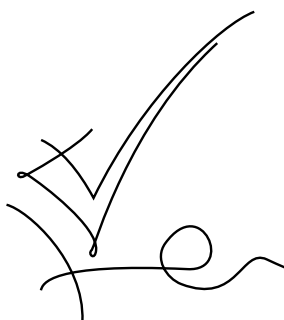
Le Conseil a recommandé que tous les établissements de santé soient agréés pour recevoir un financement public. Il a également demandé que les conclusions des rapports d'agrément soient rendus publiques.

L'agrément constitue un moteur puissant, qui peut inciter les établissements de santé à améliorer la qualité et la sécurité de leurs soins. De plus, en rendant publics les résultats de leurs examens d'agrément et de leurs plans d'amélioration, ces établissements sont plus redevables envers le public.

Le Conseil a encore mieux vu la nécessité de rendre obligatoires l'agrément et la divulgation après avoir mené une étude auprès de huit secteurs de compétence et après avoir constaté qu'il n'y avait aucune uniformité dans les méthodes d'agrément

au pays. Dans certains domaines, la participation est de 100 %, mais dans d'autres, ce n'est pas le cas. Et des variations existent également selon la province. Certaines organisations communiquent les résultats de leurs rapports, avec notamment des renseignements sur les améliorations nécessaires, mais la plupart s'en abstiennent.

Au cours des dernières années, le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) a mis l'accent sur la sécurité des patients. Il a établi des objectifs de sécurité des patients ou des clients de même que des pratiques organisationnelles obligatoires, qui font partie intégrante du programme de 2006 et qui seront intégrés aux normes d'agrément au cours des prochaines années.



Besoin d'améliorer la gestion électronique de l'information

Les systèmes de gestion électronique de l'information, comme le dossier électronique de santé et la prescription électronique, offrent l'extraordinaire possibilité de réduire les erreurs et d'améliorer la sécurité des patients. La transmission en temps opportun de renseignements exacts peut réduire considérablement les erreurs médicales et sauver des vies.

Comme nous l'avons déjà indiqué, nous devons adopter un échéancier beaucoup plus ferme pour la conception et la mise en œuvre de systèmes de gestion électronique de l'information. Le Conseil demande que 100 % des Canadiens aient accès à un dossier électronique de santé dans les quatre ans à venir. Pour stimuler le renouvellement des systèmes et renforcer la sécurité des patients, il faut accélérer la mise en œuvre du calendrier d'Inforoute Santé du Canada, prévoyant l'adoption de ce dossier électronique pour 50 % des Canadiens d'ici 2009.

Nécessité de plus amples recherches sur l'indemnisation des patients sans égard à la faute

Au Canada, la seule option d'indemnisation pour les patients lésés est de poursuivre en justice leur prestataire de soins de santé. Ce système de responsabilité délictuelle ou quasi-délictuelle – qui repose en grande partie sur la faute – crée des rapports accusatoires entre le prestataire de soins et le patient. Ce processus n'incite guère à divulguer les erreurs commises, ce qui limite les possibilités d'en tirer des leçons pour le système de santé.

Avec un modèle d'indemnisation hors faute, les patients lésés peuvent être indemnisés sans tenter de poursuites et les professionnels de la santé peuvent divulguer leurs erreurs sans crainte d'action en justice. Parmi les avantages possibles

d'un tel système, soulignons un meilleur compte rendu des événements indésirables, une meilleure compréhension de leurs causes sous-jacentes et une meilleure orientation des interventions pour éviter que de tels événements ne se reproduisent.

Le Conseil continue d'inciter les secteurs de compétence à jeter un regard neuf sur le mode d'indemnisation des patients lésés au Canada et de voir si les régimes actuels d'assurance freinent la mise en place d'une culture de sécurité.

En septembre, le Conseil a organisé une rencontre internationale d'experts et d'intervenants pour discuter les avantages et les inconvénients d'une indemnisation hors faute des patients, ainsi que la réforme de l'assurance-responsabilité professionnelle. Des spécialistes venus de la Nouvelle-Zélande, où une forme d'indemnisation hors faute existe depuis plus de 30 ans, et des leaders canadiens des soins de santé ont partagé leurs points de vue. Pour plus de renseignements sur les divers points de vue sur cette question, visitez le site Web du Conseil canadien de la santé – www.conseilcanadiendelasante.ca.

Dans un rapport daté de mai 2006 qui porte sur la sécurité des patients, sur les erreurs médicales et sur la responsabilité délictuelle ou quasi délictuelle dans plusieurs pays, y compris au Canada, la professeure Joan Gilmour de l'école de droit Osgoode Hall recommande qu'on parraine des recherches « pour évaluer d'autres mécanismes d'indemnisation,

notamment des systèmes d'indemnisation hors faute, afin de déterminer leur bien-fondé dans le contexte canadien ». Le Conseil reconnaît que la relation entre la sécurité des patients et la compensation hors faute mérite de plus amples recherches.

Rapports sporadiques des événements indésirables

Chaque province et territoire a maintenant son propre ensemble de directives et de protocoles pour rendre compte des événements indésirables, et même au sein de chacun de ces secteurs de compétence les exigences varient selon le domaine.

Ainsi, les divergences sont grandes dans la manière de rendre compte des événements indésirables selon qu'il s'agit de soins communautaires ou de soins à domicile. En Colombie-Britannique, les établissements agréés de soins communautaires doivent signaler certains incidents à leurs agents d'agrément; les résidences d'aide à la vie autonome doivent signaler les incidents graves dans le *Registre d'aide à la vie autonome*, et il existe des normes pour aider les autorités sanitaires, les organisations de services et les prestataires à évaluer les soins. Au Nouveau-Brunswick, les événements indésirables sont signalés à l'autorité sanitaire régionale. En Ontario, les Centres d'accès aux soins communautaires ont élaboré leurs propres politiques pour la gestion de la qualité et du risque. Et l'Île-du-Prince-Édouard élabore actuellement des protocoles dans le cadre d'un système de rapports des événements indésirables.



Certes, l'intérêt pour la sécurité des patients va grandissant depuis les dernières années, mais les efforts ont beaucoup porté sur les institutions. La sécurité des patients dans un contexte de santé communautaire et de soins à domicile reste un champ grand ouvert de recherche, qui prendra une importance croissante à mesure que la population vieillit au Canada – le nombre de personnes du troisième âge devant atteindre 10 millions d'ici 2041, soit le double du total en 1996.

Sans une procédure réglementaire et systématique de rapports des événements indésirables, pour tous les domaines, les secteurs de compétence ne peuvent ni recueillir l'information, ni la suivre, ni comprendre l'étendue et la cause des erreurs, ni partager les connaissances et les leçons apprises.

Nouvelles lois sur la sécurité des patients

Certains secteurs de compétence adoptent de nouvelles lois pour améliorer la sécurité des patients. Ainsi, la Saskatchewan a passé des lois en 2004 stipulant que les établissements de santé et les autorités sanitaires régionales doivent rendre compte des événements indésirables, les soumettre à enquête et partager les connaissances qui en résultent. Récemment, le Manitoba a emboîté le pas en annonçant des textes de loi similaires, durant la Semaine de sécurité des patients en octobre 2006.



Ce que nous conseillons

- Tous les établissements de santé devraient être agréés et leur agrément devrait être une condition de leur financement, et les conclusions de ces rapports d'agrément devraient être rendues publiques.
- Au minimum, chaque province et territoire devrait créer un système de rapports obligatoires de tous les événements dits indésirables.
- Les gouvernements devraient continuer d'étudier si l'adoption d'un système d'indemnisation hors faute des patients lésés contribuerait à l'amélioration de la sécurité des patients au Canada.

Rapports publics sur les indicateurs de santé et le financement

Ce que les gouvernements ont promis

Indicateurs et rapports publics

Au cours des sept dernières années, dans le cadre de quatre accords distincts, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont engagés à présenter des rapports au public sur la performance des programmes sociaux.

Dans l'accord de 1999 intitulé *Un cadre visant à améliorer l'union sociale pour les Canadiens*, les gouvernements ont convenu de surveiller les résultats des programmes sociaux offerts aux Canadiens, et d'en rendre compte. Mais cet accord s'applique uniquement aux nouveaux programmes, ce qui exclut l'obligation de rendre compte pour les programmes existants de soins de santé.

À la suite de la rencontre des premiers ministres en l'an 2000, il a été décidé que des rapports sur des soins de santé particuliers seraient exigés pour les programmes existants. Les gouvernements ont convenu de présenter un rapport public comparable sur la santé des Canadiens et sur le système de santé, dans chacun des secteurs de compétence. Chaque gouvernement s'est engagé à publier son premier rapport en 2002, puis un rapport tous les deux ans. Les premiers ministres ont réaffirmé cet engagement dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, puis dans le Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé.

Transferts fédéraux aux provinces et territoires

Dans le cadre des accords de 2003 et 2004, le gouvernement fédéral a pris de nouveaux engagements financiers importants, et les provinces et territoires ont déclaré qu'ils présenteraient des rapports sur la manière dont ces fonds sont dépensés.

En vertu de l'Accord de 2003, les premiers ministres ont convenu des points suivants :

- Présenter un rapport public annuel à leurs citoyens sur les soins de santé primaires, les soins à domicile, la couverture des médicaments onéreux, et cela à compter de 2004, conformément aux objectifs financés par le Fonds de réforme de la santé.
- Utiliser des indicateurs comparables et mettre en place la structure de données nécessaire à leurs rapports annuels. Ces rapports permettront de renseigner les Canadiens sur les progrès accomplis, sur les principaux résultats obtenus, sur les programmes et les dépenses actuels, leur donnant ainsi des points de référence pour évaluer les nouveaux investissements.
- Rendre compte chaque année à leurs citoyens, à compter de 2004, des progrès accomplis quant aux services et à l'équipement, dans le cadre du Fonds pour l'équipement diagnostique et médical.
- Reconnaître que les Canadiens ont droit à une information de meilleure qualité, complètement comparable, sur le caractère opportun et sur la qualité des soins de santé. À cette fin, les premiers ministres ont convenu que chaque secteur de compétence rendrait compte à ses citoyens de la manière dont chaque dollar était dépensé dans le domaine de la santé, chaque année.

Le Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé comprend les points suivants en ce qui concerne les rapports financiers :

- Tous les gouvernements acceptent de faire rapport à leurs résidents de la performance du système de santé, et notamment des éléments énoncés dans le plan décennal.
- Toutes les ententes de financement exigent que les secteurs de compétence respectent les dispositions d'imputabilité énoncées dans le plan décennal.

Ce que nous savons / Ce que nous ignorons

Indicateurs comparables : comptes rendus insuffisants

En septembre 2002, le gouvernement fédéral, toutes les provinces et tous les territoires ont rendu public leur premier ensemble de rapports comprenant 67 indicateurs sur la santé des Canadiens et sur le système de soins de santé. Parmi eux figuraient différents taux de maladies, des choix de modes de vie comme l'usage de la cigarette et l'exercice physique, les temps d'attente pour les soins de santé et d'autres renseignements comme les taux de mortalité pour différents types de cancer.

En 2004, 70 indicateurs potentiels ont été identifiés en vue de rapports au public. Les sous-ministres en ont sélectionné 18 pour les rapports de chaque secteur de compétence. Parmi ces indicateurs figuraient l'accès aux soins primaires, la couverture des médicaments, l'équipement diagnostique et médical, les ressources humaines de la santé et la santé générale de la population.

Alors que nous rédigeons ce rapport, il semble bien que les secteurs de compétence ne feront pas de rapports d'indicateurs comparables, secteur par secteur, en 2006. Les données ont été affichées sur les sites Web de l'ICIS (www.cihi.ca) et Santé Canada a présenté un rapport fédéral en décembre dernier²¹, mais les provinces et territoires n'ont pas soumis de rapports comparables à leurs habitants, contrairement à ce qu'ils avaient promis.

Le fait est troublant. Si les gouvernements ne sont pas capables de respecter pleinement leurs engagements d'imputabilité, comment les Canadiens pourront-ils évaluer le succès relatif des divers efforts de renouvellement des soins de santé et déterminer si les dollars des contribuables sont investis de manière à optimiser les avantages dans le domaine de la santé? Faute de rapports, nous serons confrontés à un méli-mélo de déclarations, de données incohérentes, sans aucun moyen de vérifier les progrès de manière uniforme. Actuellement, une grande partie des données communiquées sont difficiles à trouver et à comparer, s'avèrent périmées, ou ne sont pas rattachées aux objectifs déterminés.

Il est aussi troublant de constater que le Comité consultatif mixte sur la gouvernance et l'imputabilité, sous la direction duquel devaient se faire ces travaux, a été dissous. On ignore si la mise en place d'un autre mécanisme est envisagée pour assurer la suite des travaux.

Le Conseil reconnaît les efforts considérables qu'exigent l'élaboration d'indicateurs comparables de santé et la production continue de données pour les rapports publics. Mais c'est uniquement en relevant le défi de fournir des renseignements comparatifs que le Canada pourra mieux mesurer la performance de son système de santé et en rendre compte au public.

Rapports publics sur le financement : grande disparité

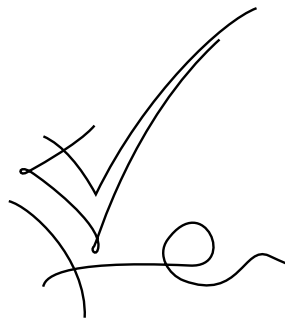
En ce qui concerne l'information financière, les provinces et territoires présentent des rapports – mais pas toujours d'une manière telle que les Canadiens puissent vraiment être informés. Les secteurs de compétence signalent comment ils ont dépensé les fonds fédéraux pour renouveler les soins de santé, mais ils le font différemment.

Certaines provinces ont produit un rapport distinct montrant comment les ressources provenant du Fonds de réforme de la santé (Colombie-Britannique, Saskatchewan) et du Fonds pour l'équipement diagnostique et médical (Colombie-

Britannique, Saskatchewan, Ontario et Nouvelle-Écosse) ont été dépensées, mais pas pour toutes les années financières. Le Québec a présenté un rapport sur les progrès réalisés dans le cadre de l'accord bilatéral conclu lors de la rencontre des premiers ministres en septembre 2004, mais sans donner de renseignements financiers. Tous les secteurs de compétence font une déclaration générale reconnaissant la contribution du gouvernement du Canada dans les documents et les budgets de leur ministère de la Santé.

De son côté, le gouvernement fédéral donne une estimation des fonds alloués à chaque secteur de compétence sur le site Web du ministère des Finances (www.fin.gc.ca). Il ne fournit pas de rapports séparés pour les populations dont il a directement la responsabilité.

Dans certains cas, les fonds de transferts fédéraux rattachés à des initiatives de politiques précises sont identifiés. Mais contrairement à leurs engagements, la plupart des secteurs de compétence ne présentent pas de rapports annuels au public (Figure 6). En général, il nous est donc impossible de déterminer comment les provinces et territoires utilisent les fonds fédéraux. Face à un engagement national aussi vaste et aussi important que le renouvellement des soins de santé, auquel des milliards et des milliards de dollars sont consacrés, les Canadiens attendent – et méritent – une transparence plus grande.



En ce qui concerne les indicateurs de soins primaires, le financement provenant du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires était destiné à la création d'un ensemble d'instruments de mesure standardisés. À la suite d'un processus exhaustif, 105 indicateurs ont été identifiés pour répondre à des besoins divers. Sur ces 105 indicateurs, 18 étaient accompagnés de données actuelles, mais la moitié d'entre eux ne pouvaient faire l'objet que d'un rapport partiel. Actuellement, les secteurs de compétence ne travaillent pas à l'élaboration de ces indicateurs et ne les utilisent pas pour rendre compte de leurs progrès.

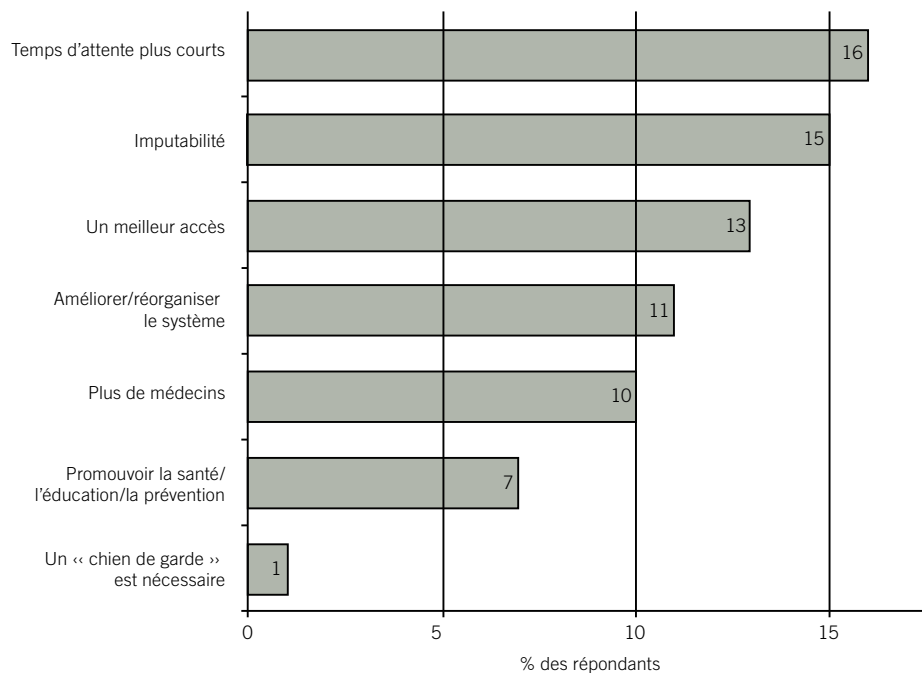
En l'absence de rapports valables, les provinces et territoires constateront que les données seront interprétées pour eux – par des organisations non gouvernementales dont la méthodologie laissera peut-être à désirer.



Selon la synthèse des sondages d'opinion fournie par le professeur Soroka, les Canadiens attachent une forte priorité à l'imputabilité. Ils veulent savoir quelles mesures d'action les gouvernements prennent pour améliorer les soins de santé, comment l'argent est dépensé et quels résultats sont tirés d'initiatives précises. Dans une question ouverte qui demandait aux Canadiens quelles devraient être les priorités du Conseil canadien de la santé, « l'imputabilité » a été citée en deuxième place, tout juste à 1 % d'écart de la priorité de premier plan qui était la « réduction des temps d'attente » (voir Figure 5) ²². « Ces résultats témoignent de l'importance qu'accordent les Canadiens à l'imputabilité et à la surveillance lorsqu'il est question de politique de soins de santé », a noté l'auteur.

Figure 5. Priorités du Conseil

En 2004, le Conseil canadien de la santé a été créé pour faire rapport aux Canadiens sur les progrès des réformes en santé au Canada. Le premier rapport du Conseil sera déposé en janvier 2005. Quelles devraient être selon vous les priorités du Conseil?



Source : Pollara, pour le Sondage sur les soins de santé au Canada, 2004 (N=1000)

Financement fédéral en vertu de l'Accord de 2003 et du Plan décennal de 2004

Dans l'Accord de 2003, le gouvernement fédéral s'est engagé à un nouveau financement de 36 milliards de dollars sur cinq ans. En 2004, un financement complémentaire de 41 milliards de dollars, sur 10 ans, a été accordé. Les fonds ont été alloués dans le cadre de quatre types de transferts fédéraux en matière de santé :

Transfert canadien en matière de santé (TCS)

Il s'agit là d'un transfert annuel pour les dépenses générales de santé. Le gouvernement fédéral apporte non seulement une aide monétaire directe, mais accorde aussi une « marge fiscale » qui permet aux provinces et territoires d'imposer directement leurs contribuables pour recueillir des revenus à la place d'impôts fédéraux.

Les fonds du Transfert canadien en matière de santé vont directement aux revenus généraux des provinces et territoires, pour être alloués selon leurs priorités respectives. **Les provinces et territoires ne sont aucunement tenus de faire rapport sur la manière dont ils dépensent les fonds du TCS.**

Selon les estimations, 20,1 milliards de dollars seront transférés aux provinces et territoires en 2006-2007. (Voir annexe Tableau 3)

Fonds pour la réduction des temps d'attente

Il s'agit là 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 là 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. **Il n'y a pas d'exigences précises de rapports pour ce fonds**, mais le Parlement a le devoir 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 plus tard.

Selon les estimations, 1,2 milliard sera transféré aux provinces et territoires en 2006-2007, dans le cadre de ce fonds. (Voir annexe Tableau 4)

Fonds pour l'équipement diagnostique et médical

Il s'agit là d'un fonds créé en l'an 2000 et doté de 1 milliard de dollars sur deux ans pour appuyer la formation du personnel et l'achat d'appareils spécialisés. L'Accord de 2003 prévoyait 1,5 milliard de plus sur trois ans. Les gouvernements ont l'obligation de rendre compte chaque année à leurs citoyens de l'amélioration de l'équipement diagnostique et médical. **Seuls quatre secteurs de compétence se sont acquittés de cette obligation. (Voir Figure 6).**

Ce fonds a été achevé en 2004-2005.

Fonds de réforme de la santé

Ce transfert de 16 milliards de dollars a été créé dans le cadre de l'Accord de 2003 pour assurer un financement quinquennal au renouvellement des soins de santé, à la couverture des médicaments onéreux et aux soins à domicile. Le financement était destiné à la réalisation d'objectifs précis énoncés dans l'Accord de 2003, comme l'amélioration de l'accessibilité 24 heures par jour aux prestataires de soins primaires. Les gouvernements avaient la liberté de déterminer les meilleurs moyens d'atteindre ces objectifs et devaient produire à compter de 2004 des rapports annuels publics sur ces priorités, à l'aide d'indicateurs comparables, pour informer les Canadiens des progrès accomplis et des résultats clés obtenus. **Seuls deux secteurs de compétence se sont acquittés de cette obligation. (Voir Figure 6)**

Le Fonds de réforme de la santé a été intégré au Transfert canadien en matière de santé en 2005-2006.

Figure 6. Rapports financiers sur les transferts fédéraux en matière de santé

Secteur de compétence	Rapports distincts sur les transferts dans le cadre de l'accord de 2003 et du plan décennal de 2004
Canada	<ul style="list-style-type: none"> Le ministère des Finances rend compte des crédits alloués chaque année aux provinces et territoires
Colombie-Britannique	<ul style="list-style-type: none"> Fonds de réforme de la santé, 2003-2004 Fonds pour l'équipement diagnostique et médical, 2003-2004 Soins de santé primaires, 2003-2004
Alberta	<ul style="list-style-type: none"> Pas de rapport distinct
Saskatchewan	<ul style="list-style-type: none"> 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 Rapport sur le Plan décennal pour consolider les soins de santé et Fonds pour l'équipement diagnostique et médical, mars 2006
Manitoba	<ul style="list-style-type: none"> Pas de rapport distinct
Ontario	<ul style="list-style-type: none"> 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 Deuxième rapport annuel de l'équipe des résultats de santé, 2005-2006 (pas de renseignements financiers fédéraux)
Québec	<ul style="list-style-type: none"> Rapport distinct sur les réformes de politique pour tous les aspects de l'Accord de 2004 (pas de renseignements financiers fédéraux)
Nouveau-Brunswick	<ul style="list-style-type: none"> Carnet de santé 2003 Carnet de santé 2004 Carnet de santé 2005 (pas de renseignements financiers fédéraux)
Nouvelle-Écosse	<ul style="list-style-type: none"> Fonds pour l'équipement diagnostique et médical, 2004-2005 Rapport annuel de reddition de comptes, 2003-2004 Rapport annuel de reddition de comptes, 2004-2005 (pas de renseignements financiers fédéraux)
Île-du-Prince-Édouard	<ul style="list-style-type: none"> Pas de rapport distinct
Terre-Neuve-et-Labrador	<ul style="list-style-type: none"> Compte rendu aux habitants de Terre-Neuve-et-Labrador : Rapport sur la mise en œuvre de l'Accord de 2004 des premiers ministres, décembre 2005 (certains renseignements financiers fédéraux)
Nunavut	<ul style="list-style-type: none"> Pas de rapport distinct
Territoires du Nord-Ouest	<ul style="list-style-type: none"> Pas de rapport distinct
Yukon	<ul style="list-style-type: none"> Pas de rapport distinct



Ce que nous conseillons

- Tous les gouvernements devraient non seulement s'acquitter de leurs engagements quant à l'obligation de rendre compte, mais aussi améliorer et uniformiser les processus de rapports sur les programmes et les paiements de transferts. Les points suivants devraient y figurer : centrer l'attention sur les résultats, la qualité et la performance; élaborer des objectifs et surveiller les progrès; réduire le nombre d'indicateurs et mieux actualiser les données; créer un rapport annuel comparatif avec des données nationales, provinciales et territoriales présentées de manière cohérente; identifier les résultats clés devant faire l'objet de rapports réguliers en ce qui concerne la santé de la population.





Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques | Stratégie pancanadienne en matières de modes de vie sains | Objectifs de santé pour le Canada | Stratégie nationale d'immunisation | Santé des Autochtones

SANTÉ DE LA POPULATION



Selon les normes internationales, les Canadiens sont relativement en bonne santé. Nous avons l'une des espérances de vie la plus longue au monde : 77 ans pour les hommes et 82 ans pour les femmes. Nos taux de mortalité infantile ont chuté au cours des 20 dernières années, passant de 8 à 5 pour 1 000 naissances. Et 60 % de la population en général déclare être en excellente ou en très bonne santé.

Mais les maladies chroniques pèsent lourd et les inégalités s'accroissent en matière de santé entre les différents groupes de notre société. Les principaux facteurs qui causent ces inégalités au Canada sont le revenu, le sexe et l'invalidité. Nous devons nous attaquer à ces problèmes, en dehors du système de santé, pour améliorer l'état de santé de la population canadienne. L'état de santé des Autochtones, en particulier, est beaucoup moins bon que celui du reste de la population canadienne.

Stratégies de modes de vie sains

Ce que les gouvernements ont promis

L'un des moyens de prévenir et de gérer les maladies chroniques est d'instaurer des politiques publiques en faveur des modes de vie sains. Lors de leur réunion annuelle en septembre 2002, les premiers ministres de la Santé de tous les secteurs de compétence se sont donc entendus pour élaborer une stratégie complète, à long terme, pour inciter les Canadiens à adopter des modes de vie sains afin d'alléger le fardeau causé par les maladies. L'accent a été placé tout d'abord sur l'alimentation saine et sur l'activité physique, toutes deux directement rattachées aux poids santé.

En septembre 2003, les ministres de la Santé ont convenu de :

- créer un réseau intersectoriel de modes de vie sains;
- explorer les options en vue d'un fonds intersectoriel;
- envisager une stratégie de communication ou d'information sur la santé;
- entreprendre de nouvelles discussions avec les communautés autochtones.

En 2004, les premiers ministres se sont mis d'accord pour accélérer les travaux sur une stratégie pancanadienne de santé publique, déterminer des objectifs et des buts pour améliorer l'état de santé des Canadiens, et appuyer une stratégie nationale d'immunisation.

Ce que nous savons / Ce que nous ignorons

Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques

La Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques a été annoncée en octobre 2005. Elle propose des objectifs précis en vue d'améliorer la santé des Canadiens. Ainsi, d'ici 2015, elle vise une augmentation de 20 % dans la proportion des Canadiens qui font des choix d'alimentation santé, participent régulièrement à des activités physiques et ont un poids santé.

Quelque 16 millions de Canadiens souffrent de maladies de longue durée et, selon les estimations, 80 milliards de dollars sont dépensés chaque année en soins de santé et prestations d'assurance-invalidité pour les maladies chroniques²³. Une approche axée sur l'ensemble de la population pour réduire les maladies chroniques présente un excellent potentiel d'améliorer grandement la santé de bon nombre de Canadiens et de réduire les tensions de coûts pour le système. Son objectif est de s'attaquer aux causes plutôt qu'aux conséquences des maladies chroniques – de promouvoir la santé tout au long de la vie et de réduire la demande de services de traitement. Elle a aussi pour but de prendre en compte les déterminants sous-jacents de la santé.

Mais une approche centrée sur la population pour réduire les risques de maladies chroniques requiert des investissements adéquats, aussi bien en éducation sanitaire qu'en promotion de la santé. Elle exige aussi une utilisation judicieuse des ressources, des efforts intégrés tournés vers les facteurs communs de risque (p. ex., tabagisme, mauvaise alimentation, manque d'activité physique) ainsi qu'une collaboration entre les secteurs de compétence dans tous les domaines.

Des 300 millions de dollars promis pour une stratégie nationale de modes de vie sains, 18 millions ont été alloués aux initiatives pour lutter contre le diabète. En ce qui concerne les maladies cardiovasculaires, le gouvernement fédéral a annoncé une allocation de 3,2 millions de dollars en 2006-2007 et, ensuite, de 5,2 millions de dollars par année pour appuyer l'élaboration d'une Stratégie de cœur en santé et pour commencer les travaux concernant l'hypertension et la surveillance des maladies. Et en novembre 2006, le gouvernement fédéral a annoncé le Partenariat canadien contre le cancer pour instaurer la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, dans le cadre d'un engagement de 260 millions de dollars au sein du budget de 2006.

Il n'est pas clair que le gouvernement fédéral ait l'intention de financer intégralement cette stratégie intégrée.

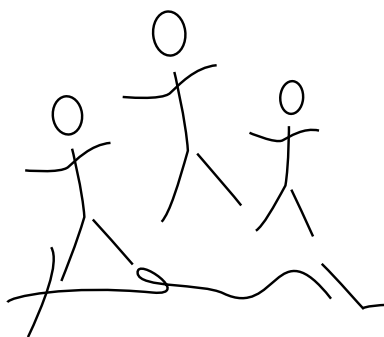
Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains

La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains a été annoncée en octobre 2005. Elle propose des objectifs précis en vue d'améliorer la santé des Canadiens. Ainsi, d'ici 2015, elle vise une augmentation de 20 % dans la proportion des Canadiens qui font des choix d'alimentation santé, participent régulièrement à des activités physiques et ont un poids santé.

En 2005, le gouvernement fédéral a alloué 27,6 millions de dollars sur cinq ans (7,15 millions de dollars par an, en continu) à un Fonds pour la promotion des modes de vie sains. Ce fonds permettra de faire des investissements stratégiques au niveau national, régional et communautaire ou local, pour appuyer la promotion durable de la santé nationale et communautaire. Cette stratégie facilitera l'acquisition et le partage des connaissances, contribuera à consolider les ressources communautaires pour promouvoir des approches intégrées en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques.

Le 21 juin 2006, les ministres responsables des sports, des activités physiques et des loisirs se sont entendus sur un ensemble de paramètres pour un programme d'infrastructure auquel prennent part les ministres fédéraux de la Santé et des Sports. Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux ont réaffirmé leur engagement à s'assurer que les Canadiens deviennent plus actifs, partout au pays. Les dirigeants ont reçu pour consigne d'élaborer un cadre d'action et un ensemble de principes en vue d'accords bilatéraux sur l'activité physique, dans le contexte des modes de vie sains, pour que les ministres puissent les étudier lors de leur conférence en 2007. Les ministres ont convenu que les secteurs de compétence établiront des objectifs spécifiques en fonction de leurs circonstances respectives et mettront en place des plans d'action.

Jusqu'à présent, aucun fonds n'a été alloué à la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains. Les réductions budgétaires apportées récemment aux programmes d'alphabétisation des adultes et de désaccoutumance du tabac pour les Premières Nations ne sont guère encourageantes.





Mesures d'action pour une vie saine, partout au Canada

Depuis l'annonce de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, en 2005, toutes les provinces et tous les territoires ont accentué leurs efforts pour faire valoir qu'il est bon de ne pas fumer, de bien s'alimenter et de faire régulièrement de l'exercice. Généralement, leurs programmes financent des initiatives communautaires et coordonnent des politiques et des services publics pour promouvoir des stratégies de vie saine, notamment pour améliorer la sécurité alimentaire et pour aider financièrement les familles à faible revenu à participer à des activités de sports et de loisirs.

Voici quelques exemples marquants des activités entreprises par les gouvernements l'an dernier pour atteindre les objectifs de cette stratégie de vie saine :

- ActNowBC, en Colombie-Britannique, programme qui fait appel à la collaboration de tous les ministères gouvernementaux en partenariat avec des organisations communautaires et le secteur privé (www.actnowbc.gov.bc.ca);
- Vie active 2010, en Ontario, stratégie pour promouvoir la participation aux sports et aux activités physiques partout dans la province (www.active2010.ca);
- Stratégie du mieux-être, au Nouveau-Brunswick, comportant diverses initiatives avec notamment des subventions accordées aux écoles pour l'alimentation santé et le financement d'activités physiques dans les communautés (www.gnb.ca/0131/wellness_strategy/index-f.asp);
- Healthy Eating Alliance, à l'Île-du-Prince-Édouard, collaboration d'organismes gouvernementaux, d'éducateurs et de groupes communautaires (www.gov.pe.ca/peihea);

Voir www.conseilcanadiendelasante.ca pour plus de renseignements sur les initiatives de vie saine entreprises par les gouvernements partout au Canada.

L'apparition de projets menés par des jeunes pour promouvoir l'alimentation santé est une nouvelle encourageante. En Ontario, le gouvernement explore actuellement un projet présenté par des élèves du secondaire, proposant que les cafétérias des écoles soient légalement tenues de servir des repas plus nutritifs. En Colombie-Britannique, les comportements alimentaires sont en train de changer à l'école secondaire de Revelstoke grâce à un partenariat dynamique entre le directeur de l'établissement, Mike Hooker, et un comité étudiant pour l'alimentation santé. Pour commencer, le comité a interdit la vente de boissons gazeuses dans les distributeurs automatiques de l'école, pour les remplacer par des jus et de l'eau. Puis le comité a engagé un nouveau traiteur chargé de préparer des repas nutritifs et moins caloriques. Le directeur Mike Hooker a déclaré : « Je crois que le succès vient en partie du fait que les jeunes sentent qu'ils ont le contrôle de la situation, car ce sont eux qui ont entrepris le projet^a. »

À l'échelle communautaire, un organisme national sans but lucratif, Vert l'action, encourage très simplement les jeunes à rester en bonne forme physique. Vert l'action reçoit le financement du gouvernement fédéral, de 11 provinces et territoires, de plus de 20 gouvernements municipaux, ainsi que du secteur privé et de diverses fondations. Vert l'action encourage entre autres les jeunes à faire de la marche et de la bicyclette, dans le cadre de son projet Aller-retour actif et sécuritaire pour l'école, maintenant en vigueur dans chacun des secteurs de compétence. (Pour plus de renseignements, voir le site Web de Vert l'action : www.goforgreen.ca.)

Pour plus de renseignements sur la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, voir : www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/index.f.html.

^a Mason G. Why one school's food fight should be emulated. *Globe and Mail*. 19 oct. 2006.

À compter du 1^{er} janvier 2007, le nouveau crédit d'impôt pour les programmes de conditionnement physique des enfants s'appliquera aux frais d'inscription aux programmes admissibles de conditionnement physique pour les enfants de moins de 16 ans.

Malgré l'absence d'un financement fédéral, les provinces ont entrepris un certain nombre d'activités pour élaborer et instaurer des programmes de modes de vie sains – visant surtout l'alimentation, l'activité physique et le développement de la petite enfance (voir www.conseilcanadiendelasante.ca pour des exemples provinciaux et territoriaux d'initiatives de vie saine). À titre d'indication de l'importance croissante accordée aux modes de vie sains, notons que cinq provinces – Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Ontario, Manitoba et Saskatchewan – ont créé des ministères distincts chargés de cette question. De son côté, la Colombie-Britannique a un ministère responsable des modes de vie sains, ActNowBC.

Dans le cadre de ces initiatives, des ressources sont allouées à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, souvent centrées sur la santé des enfants. En juin 2006, le Conseil a fait paraître un rapport, *Leur avenir commence maintenant : Des choix sains pour les enfants et les jeunes*, recommandant que des recherches continues soient faites pour comprendre les raisons de l'échec ou du succès des programmes.

Objectifs de santé pour le Canada

Lors de leur conférence annuelle en octobre 2005, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont approuvé les objectifs de santé pour le Canada. Ces objectifs sont définis par un ensemble de déclarations générales sur les besoins physiques et sociaux fondamentaux, l'appartenance et l'engagement, les modes de vie sains et le système de santé. Les ministres ont convenu que ces objectifs seraient pris en compte par chacun des gouvernements provinciaux et territoriaux, mais qu'il appartiendrait ensuite à chacun d'eux d'établir ses propres buts en fonction de ses priorités.

L'élaboration des objectifs de santé nationale est maintenant terminée. Au cours de la phase deux, les provinces et territoires détermineront un ensemble de buts et d'indicateurs pour mesurer les progrès. Jusqu'à présent, seule la Nouvelle-Écosse s'est donné des buts.

L'adoption d'objectifs communs de santé publique est un premier pas important. Mais l'étape suivante est critique – à savoir l'élaboration d'un ensemble de résultats mesurables pour aider les Canadiens à voir comment ces objectifs se sont traduits par des engagements des gouvernements en vue d'améliorer le système de santé publique et d'évaluer les progrès réalisés en ce sens.

Malheureusement, il n'y a pas eu d'autres progrès à cet égard. Les provinces et territoires ont élaboré de nombreux objectifs de santé au fil des années, mais généralement sans les rattacher à des buts précis.

Stratégie nationale d'immunisation

La Stratégie nationale d'immunisation (SNI) est une création en collaboration des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour renforcer les efforts d'immunisation au Canada. En 2003, lors de leur conférence, les sous-ministres de la Santé ont approuvé cette stratégie, et le gouvernement du Canada s'est engagé à lui allouer 45 millions de dollars sur cinq ans.

En 2004, le gouvernement fédéral a également fourni une aide directe de 300 millions de dollars aux provinces et territoires, sur trois ans, pour des vaccins nouveaux et recommandés destinés aux enfants et aux adolescents : vaccin conjugué antipneumococcique, vaccin conjugué antiméningococcique, vaccin antivaricelle, vaccin anticoquelucheux acellulaire (nouvelle forme de vaccin anticoquelucheux pour les adolescents).

Depuis, les provinces et territoires ont réalisé de solides progrès relativement à ces quatre nouveaux vaccins, dans le cadre de programmes publics d'immunisation (voir Figure 7).



Figure 7. Offre de quatre nouveaux programmes publics d'immunisation

Province/territoire	Vaccin antipneumococcique conjugué (≤18 mois)	Vaccin antiméningococcique (groupe C) (≤12 mois)	Vaccin antivaricelle (≤15 mois)	Vaccin anticoquelucheux acellulaire (13-16 ans)
Colombie-Britannique	✓	✓	✓	✓
Alberta	✓	✓	✓	✓
Saskatchewan	✓	✓	✓	✓
Manitoba	✓	*	✓	✓
Ontario	✓	✓	✓	✓
Québec	✓	✓	*	✓
Nouveau-Brunswick	✓	✓	✓	✓
Nouvelle-Écosse	✓	✓	✓	✓
Île-du-Prince-Édouard	2007	✓	✓	✓
Terre-Neuve-et-Labrador	✓	✓	✓	✓
Nunavut	✓	•	✓	✓
Territoires du Nord-Ouest	✓	✓	✓	✓
Yukon	✓	✓	Janvier 2007	✓

✓ = programme offert
 * = pas de programme

Déc. 2006

Source : Agence de santé publique du Canada, avec mises à jour des secteurs de compétence fournies au Conseil canadien de la santé.

Notes :

- Nunavut : Le programme de vaccin antiméningococcique (groupe C) est au stade de l'étude et de la budgétisation, mais attend encore l'approbation et la disponibilité du vaccin.



Ce que nous conseillons

- Les objectifs de santé publique nationale doivent être mieux ciblés et rattachés à des résultats mesurables, dont la réduction des inégalités en matière de santé.
- Les secteurs de compétence devraient augmenter de manière significative leurs investissements dans les stratégies de modes de vie sains, pour mieux gérer les maladies chroniques, tout en accélérant la mise en place d'équipes de soins de santé primaires.
- Il faut davantage d'investissements en amont pour alléger le fardeau des coûts en aval de traitement. Nous pouvons soit investir maintenant, soit payer plus tard – mais alors beaucoup plus.

Santé des Autochtones

Ce que les gouvernements ont promis

L'Accord de 2003 et le Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé ont tous deux indiqué que la question de la santé des Autochtones mérite des discussions et des actions soutenues.

En septembre 2004, les premiers ministres et les dirigeants nationaux des Autochtones ont convenu de créer un Fonds pour l'adaptation des services de santé des Autochtones, de 200 millions de dollars sur cinq ans, afin d'améliorer la disponibilité, l'intégration et la qualité des programmes et des services de santé offerts aux Autochtones.

Tous les secteurs de compétence ont appuyé les principes d'un communiqué à Kelowna, en Colombie-Britannique, en novembre 2005, qui s'est accompagné d'un engagement de 5 milliards de dollars sur cinq ans pour améliorer la qualité de vie des Autochtones.

Mais bien que cet accord définisse des objectifs visant à améliorer l'éducation, le logement, l'essor économique, la santé et les services d'eau, les détails restent à négocier pour savoir comment les fonds seront dépensés et qui fournira les services requis.

En janvier 2006, un nouveau gouvernement fédéral a fait une déclaration dans laquelle il appuyait les objectifs et les principes du communiqué de Kelowna, mais sans s'engager davantage quant à l'avenir du financement annoncé de 5 milliards de dollars.

Ce que nous savons / Ce que nous ignorons

L'état de santé des Autochtones est bien inférieur à celui de la moyenne nationale.

Selon une Initiative de 2004 sur la santé de la population canadienne, *Améliorer la santé des Canadiens*, les disparités les plus frappantes sont notamment les suivantes :

- L'espérance de vie chez les Autochtones est en moyenne de 10 ans inférieure à celle de l'ensemble de la population canadienne.
- Le taux de mortalité infantile chez les Autochtones est trois fois plus élevé que parmi le reste de la population canadienne.
- Le taux de suicide est six fois plus élevé.
- Le taux de diabète est trois fois plus élevé.
- Le taux de chômage et le taux de pauvreté sont trois fois plus élevés.

Le Plan directeur de la santé des Autochtones : un plan de transformation sur 10 ans a été conçu comme un cadre d'action en collaboration. Il a pour objectifs de permettre aux Autochtones de parvenir au même niveau de santé et de bénéficier de la même qualité de soins que les autres Canadiens, ainsi que d'augmenter considérablement le nombre de médecins et d'infirmières autochtones. Ce plan a été présenté à Kelowna, C.-B., en novembre 2005, et le gouvernement fédéral s'est engagé à s'y référer pour favoriser l'élaboration de programmes d'aide aux Autochtones.

Dans son rapport l'an dernier, le Conseil a noté que ce plan présentait le « potentiel remarquable de faire progresser la santé des Autochtones au cours de la prochaine décennie ». Mais actuellement, l'avenir de ce plan reste incertain; nous ignorons si le Cadre de rapports sur la santé des Autochtones sera mis en œuvre. Or le Conseil voyait là une étape essentielle pour la surveillance de l'état de santé des Autochtones et pour l'obligation de rendre compte des progrès quant aux résultats clés de santé. Nous ignorons si les investissements nécessaires seront faits pour renforcer la structure et pour accroître le nombre de professionnels autochtones de la santé.

Les intentions du gouvernement fédéral sur son plan d'ensemble et sur l'orientation du financement des programmes de santé des Autochtones ne sont pas claires. En l'absence de nouvelles discussions et clarifications sur les modalités de financement proposées à Kelowna, les provinces et territoires ne peuvent pas aller de l'avant avec ce plan directeur.

Tous les secteurs de compétence sont en relation constante avec les Autochtones qui vivent dans leur région. Tous reconnaissent l'écart qui existe quant à l'état de santé et aux besoins particuliers de leurs résidents, et tous s'efforcent d'y remédier.

Bon nombre de provinces et territoires ont créé des programmes pour remédier à des disparités particulières en matière de santé pour les Autochtones. En voici quelques exemples.

Nouvelle-Écosse

En 2004, la Nouvelle-Écosse a lancé l'Initiative Tui'kn pour aider les Autochtones à franchir les obstacles au sein du système de santé. Cette initiative reprend les éléments les plus réussis d'un programme pilote, le Projet de soins de santé primaires Eskasoni, qui s'est déroulé de 1998 à 2000.

Les équipes de santé créées dans le cadre de cette initiative comprennent généralement un médecin, un diététiste, un pharmacien, une infirmière et un éducateur en matière de santé. Les membres des équipes perçoivent un salaire, au lieu d'être payés pour chacune des procédures. Les équipes sont adaptées à la culture autochtone²⁴.

Terre-Neuve

En avril 2006, le budget du Programme de subvention au transport aérien de l'alimentation a été augmenté de 33 %, pour passer à 400 000 \$. Cette subvention, qui est versée aux magasins de détail des collectivités sur les côtes du Labrador, pour compenser les prix élevés du transport aérien des denrées fraîches, aide les habitants à pouvoir acheter des aliments périssables nutritifs – les appuyant ainsi dans leurs efforts de modes de vie sains²⁵.

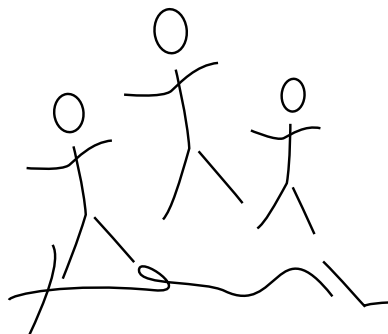
Nouveau-Brunswick

Elsipogtog (ou Big Cove) est une communauté mi'kmaq de 2 700 personnes et la plus grande Première Nation au Nouveau-Brunswick. Cette collectivité a manifesté son besoin d'un meilleur accès à des services communautaires adaptés à la culture autochtone. Une autre de ses préoccupations était l'accès restreint aux services de médecins, en général, au Nouveau-Brunswick.

Le projet de Soins de santé primaires intégrés pour la Première Nation Elsipogtog est une Initiative de santé intégrée (relevant du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires). Ce projet a surtout pour but de relier les services communautaires, et particulièrement les services de santé mentale, aux services offerts par l'autorité sanitaire régionale de Beauséjour. Les médecins et les infirmières praticiennes

travailleront ainsi en relation avec les programmes de santé communautaires pour améliorer les soins primaires tant au niveau de la collectivité qu'au niveau de la région.

Ce projet permettra de concevoir, d'instaurer et de mettre à l'essai un modèle holistique, axé sur les patients, pour la planification et la prestation des services de santé, dans l'espoir d'améliorer l'accès aux soins primaires pour les Premières Nations²⁶.



Ontario

La Stratégie antitabac à l'intention des Autochtones, financée depuis 2001, vient appuyer les organisations autochtones qui veulent avertir leurs communautés des dangers du tabac, pour promouvoir la distinction entre l'usage commercial et l'usage traditionnel du tabac. Cette année, cette stratégie est axée sur les jeunes.

En 2007, le gouvernement a annoncé la création d'un Conseil provincial de santé autochtone, qui sera chargé de conseiller le ministre de la Santé et des Soins de longue durée sur les priorités et les stratégies nécessaires à l'amélioration de la santé des Autochtones en Ontario.

Toujours en 2007, le gouvernement de l'Ontario a l'intention de fonder des entités locales de planification de la santé des Autochtones pour qu'elles travaillent de concert avec les réseaux locaux d'intégration de la santé et présentent des rapports locaux sur les besoins et les priorités de santé des Autochtones.

Le gouvernement continue de collaborer avec ses partenaires autochtones à la mise en œuvre de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones, un réseau qui regroupe plus de 250 programmes communautaires de santé et de prévention de la violence familiale pour les Autochtones.

Manitoba

La Direction générale de la santé des Premières Nations au Manitoba dirige la mise en œuvre de la stratégie autochtone sur le VIH/le sida, *As Long as the Waters Flow*, pour les personnes atteintes et souffrant du virus. Cette stratégie a été mise au point en partenariat avec la Direction générale de la santé publique et de nombreuses organisations autochtones, ainsi qu'avec les personnes touchées par le virus, et c'est l'une des composantes majeures de la stratégie provinciale sur le sida²⁷.

Le Manitoba a également lancé un Programme de formation à la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones. Ce programme résulte d'une collaboration entre le gouvernement du Manitoba et le Nunavut, et il est administré conjointement par le ministère de la Santé du Manitoba et par le ministère de l'Enseignement postsecondaire et de la Formation professionnelle du Manitoba. Le financement de la phase de développement, fourni par Santé Canada, provient de l'enveloppe destinée aux Autochtones dans le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.

L'objectif global de cette initiative est d'élaborer un programme d'éducation qui fera appel à des stratégies et des modèles novateurs d'apprentissage pour les adultes. L'enseignement et la culture autochtones en constitueront la « pierre angulaire ». Le programme de formation menant à un grade, de quatre années, est conçu spécifiquement pour les Autochtones, plus particulièrement pour ceux du Nord du Manitoba. Selon les prévisions, la première cohorte devait commencer sa formation de sage-femme en septembre 2006²⁸.

Colombie-Britannique

L'amélioration de la santé des Autochtones est l'une des priorités du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. L'attention est surtout portée sur deux objectifs clés – réduire les taux de mortalité infantile parmi les Indiens inscrits et prolonger l'espérance de vie des Indiens inscrits. Ces deux objectifs font l'objet de rapports annuels dans le rapport annuel du plan de services du ministère de la Santé²⁹.

En novembre 2006, le gouvernement fédéral, la Colombie-Britannique et les dirigeants des Premières Nations ont conclu un nouvel accord en vue d'améliorer la santé des Autochtones dans la province au cours de la prochaine décennie. L'objectif est de réduire l'écart quant aux résultats de santé entre les Autochtones et les autres Britanno-Colombiens, en particulier dans des domaines comme la santé mentale, l'abus d'alcool ou d'autres drogues, le suicide chez les jeunes, la santé maternelle et les maladies chroniques comme le diabète et l'hépatite.

Gouvernement du Canada

Un engagement de 200 millions de dollars a été pris à l'égard du Fonds pour l'adaptation des soins de santé aux Autochtones. Aucune indication n'a été donnée quant aux sommes qui auraient pu être allouées à partir de ce total.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, le gouvernement fédéral a été cosignataire de l'accord de novembre 2006.

En novembre 2006, le gouvernement fédéral a annoncé deux projets pilotes de garantie des temps d'attente aux patients, pour les soins prénatals et pour le traitement du diabète, dans plusieurs communautés des Premières Nations.

Dans le cadre de l'un d'eux, les femmes enceintes auront des temps d'attente garantis pour les soins prénatals, et cela jusque dans 10 réserves des Premières Nations. Dans les réserves participantes, elles seront assurées d'un rendez-vous avec un professionnel de la santé dans les deux semaines qui suivent un test de grossesse positif. Ensuite, elles auront



la garantie d'un examen médical prénatal toutes les quatre semaines, ou d'une consultation avec un spécialiste dans un délai de deux semaines si la grossesse est jugée à risque. Au besoin, pour garantir ces temps d'attente, des prestataires de services hors réserve pourront intervenir, ou les femmes enceintes pourront consulter un prestataire de services hors réserve, mais à proximité.

Un projet-pilote de deux ans, conçu pour garantir les temps d'attente pour le traitement du diabète dans les réserves des Premières Nations, sera mis en œuvre jusque dans 10 collectivités identifiées par Santé Canada et par les Premières Nations. Ce projet de deux ans permettra notamment ce qui suit :

- Les adultes chez qui on diagnostique un diabète obtiendront dans un délai de deux mois un rendez-vous pour une évaluation et une séance d'information sur le diabète avec un fournisseur de soins primaires dans la réserve.

- Les adultes chez qui on diagnostique un diabète précoce auront la possibilité de participer à un programme de prévention, d'éducation et de soutien dans un délai de trois mois.
- Les adultes dont les résultats sont normaux subiront un autre examen dans l'année qui suit.

Une fois terminés, les projets pilotes seront évalués et adaptés pour être éventuellement mis en œuvre dans d'autres communautés des Premières Nations au Canada.

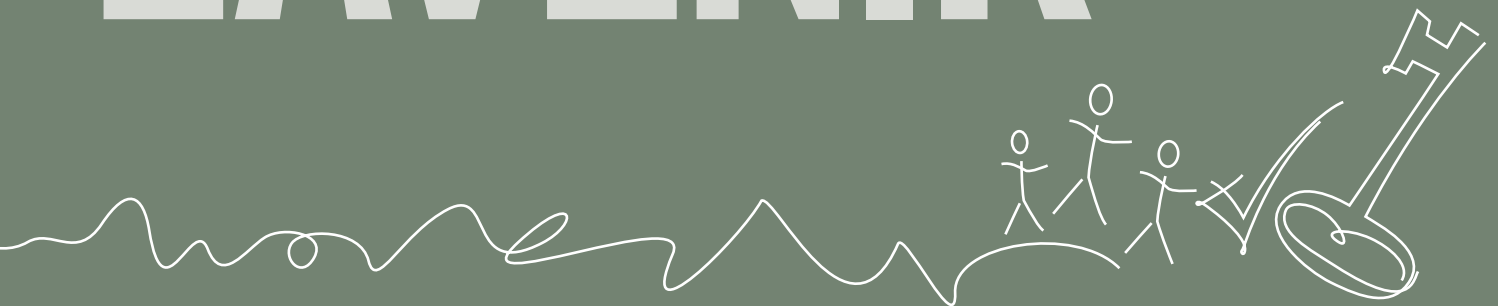
Au début de 2007, Santé Canada a annoncé l'élaboration d'un projet pilote, en partenariat avec Saint Elizabeth Health Care et l'Assemblée des chefs du Manitoba, afin de déterminer des garanties de temps d'attente pour les Autochtones qui habitent les réserves de cette province et qui sont atteints de troubles débilitants ou qui risquent une amputation en raison de leur diabète.



Ce que nous conseillons

- Le gouvernement fédéral devrait donner des orientations claires en ce qui concerne le Plan directeur de la santé des Autochtones et l'Accord de Kelowna, ou son plan global d'appui à la santé des Autochtones.
- Les secteurs de compétence devraient continuer de refermer l'écart entre les Autochtones et le reste de la population canadienne en ce qui concerne l'état de santé et les programmes de soins.

L'AVENIR



Tout au long de ce rapport, le Conseil a souligné le besoin d'une transparence accrue dans les rapports sur les soins de santé. Nous poursuivrons cet objectif dans tous nos efforts et toutes nos initiatives en 2007, en travaillant en collaboration étroite avec les gouvernements, les intervenants et les organismes de politiques et de recherches, pour broser un tableau plus clair des progrès du renouvellement des soins de santé, dans des domaines sélectionnés. En voici des exemples :

- Dans notre prochain rapport annuel, nous étudierons quels progrès ont été accomplis dans les cinq années qui ont précédé le premier accord sur la santé. Avec ce recul, nous espérons pouvoir discerner les tendances et présenter des rapports plus valables aux Canadiens quant aux progrès réalisés. Comme il est indiqué dans notre *Avant-propos*, les Canadiens croient que cinq ans constituent un échéancier raisonnable pour espérer des changements réels au sein du système de santé. Durant notre examen de ces cinq années, nous étudierons aussi de manière plus détaillée le niveau et la qualité de l'imputabilité.
- En mars 2007, nous rendrons public le premier d'une série de rapports sur les résultats de santé rattachés aux maladies chroniques. Cette étude inaugurale sera consacrée au diabète et verra comment les changements apportés au système peuvent profiter à la santé individuelle et collective de ceux qui souffrent de cette maladie chronique. Nous avons déjà noté que les équipes interprofessionnelles de soins primaires représentent un potentiel considérable dans ce domaine, et la question sera mise en évidence dans notre rapport.
- Comme nous l'avons précisé plus tôt, la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques n'a pas visé d'approches pancanadiennes pour l'amélioration de la prescription appropriée, alors que ce point est l'une des priorités des accords sur les soins de santé. Pour stimuler le débat sur les habitudes de prescription et sur les options de politique, le Conseil parrainera un symposium sur la gestion des produits pharmaceutiques, prévu pour juin 2007.
- Le Conseil concevra un cadre d'action en 2007 pour déterminer la valeur relative des différents investissements en matière de renouvellement des soins de santé.
- Le Conseil se réunira à Charlottetown (en mars), Yellowknife (en mai), Thunder Bay (en septembre) et Calgary (en novembre). Au cours de chacune de ces réunions, le Conseil tiendra des discussions avec les intervenants locaux.
- Le Conseil étudiera de nouveaux moyens d'informer directement les Canadiens et d'obtenir directement leurs commentaires.
- Nous publierons également des rapports distincts sur les soins à domicile et les temps d'attente.
- Un autre de nos projets importants sera une étude sur les expériences des Canadiens dans le domaine de la santé. Notre intention sera d'examiner les expériences que vivent les patients dans les domaines de la santé qu'ils considèrent les plus importants, et d'en faire rapport – au lieu de tout simplement les interroger sur leur satisfaction générale à l'égard des services reçus.

Nous poursuivrons avec plaisir notre contribution, aussi bien sous forme de renseignements, que d'analyses, de conseils ou de consultations, alors qu'ensemble nous nous efforçons de consolider le système de santé qui nous est commun à tous.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé (2006). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2006*. Ottawa : ICIS. www.cihi.ca
2. Schoen C., Osborn R., Trang HP et autres (2006). *On The Front Lines of Care: Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, and Views in Seven Countries*, *Health Affairs*, 2 novembre [exclusivité Web] : w555–w571.
3. Inforoute Santé du Canada et Conseil canadien de la santé (2006). *Au-delà des bonnes intentions : accélérer le dossier de santé électronique au Canada* [rapport de réunion]. www.conseilcanadiendelasante.ca
4. Protti D. (2006). *Adoption of IT by GP/FMS: a 10 country comparison*. www.cma.ca/index.cfm/ci_id/49044/la_id/1.html
5. Inforoute Santé du Canada (2006). *Tenir promesse : rapport annuel d'Inforoute Santé du Canada inc. 2005-2006*. www.infoway.ca
6. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Fiche de renseignements [page Web, pas de date]. www.who.int/publications.fr
7. Statistique Canada (2005). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 3.1. Ottawa : Statistique Canada.
8. Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM et autres (2006). *Effects of Quality Improvement Strategies for Type 2 Diabetes on Glycemic Control: A Meta-Regression Analysis*. *JAMA*; 296(4) : 427-440.
9. Soroka S. (2007). *Le système de santé : perceptions des Canadiens*. Toronto : Conseil canadien de la santé. www.conseilcanadiendelasante.ca
10. Note : Au moment de cette publication, la Colombie-Britannique attendait l'approbation finale de son plan et le Yukon faisait savoir qu'il allait travailler à son plan au cours des trois prochaines années.
11. White M. (17 juin 2006). *Doctors heed the call of the west: Specialists lured by opportunities*. (*Toronto Star*).
12. Groupe de travail fédéral-provincial-territorial (2006). Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, rapport d'étape. Ottawa : Santé Canada. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-nps-snpp/2006-nps-snpp_f.pdf
13. Figure 56, Soroka S. (2007)
14. Figure 31, Soroka S.
15. Postl B. (2006). Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente. Ottawa : Santé Canada www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-wait-attente/index_f.pdf
16. Figure 32, Soroka S. (2007)
17. Figure 60, Soroka S. (2007)
18. Figure 32, Soroka S. (2007)

19. Figures 47, 48 et 49, Soroka S. (2007)
20. Baker GR, Norton PG et autres (2004). *The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada*. CMAJ; 170(11) : 1678-1686.
21. Santé Canada (2006). *Les Canadiens en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/index_f.html
22. Figure 61, Soroka S. (2007)
23. Alliance prévention des maladies chroniques au Canada. Arguments en faveur de changement. www.chronicdiseaseprevention.ca/content/about_cdpac/mission.asp [page Web, pas de date]. Note : Estimation fondée sur les données de Santé Canada. *Le fardeau économique de la maladie au Canada*.
24. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, Ministère des Affaires autochtones *Looking for a health-care jewel in Cape Breton* [communiqué de presse, 17 décembre 2004]. www.gov.ns.ca/news/details.asp?id=20041217003
25. Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, Ministère de la Santé et des Services communautaires, et Labrador et Affaires autochtones. *Subsidy increased to help lower the cost of nutritious foods in coastal Labrador* [communiqué de presse, 12 avril 2006]. www.releases.gov.nl.ca/releases/2006/laa/0412n04.html
26. Santé Canada, Santé des Premières nations et des Inuits. Intégration des soins primaires pour la Première nation d'Elsipogtog [aperçu du projet] www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/services/acces/elsipogtog_f.html
27. Gouvernement du Manitoba, Santé Manitoba (2004). *As Long As the Waters Flow: An Aboriginal Strategy on HIV/AIDS*. www.gov.mb.ca/health/aids/a224933.pdf.
28. Gouvernement du Manitoba. *Aboriginal Midwifery Education Program*. [page Web, pas de date]. www.amep.ca.
29. Gouvernement de la Colombie-Britannique, Ministère de la santé. (2006). *Annual Service Plan Report 2005/06*. www.bcbudget.gov.bc.ca/Annual_Reports/2005_2006/hlth/

Remerciements

Le Conseil canadien de la santé apprécie sincèrement les efforts notables faits par les ministères de la Santé du gouvernement fédéral, des provinces et territoires, ainsi que par les ministères de la Promotion de la santé et de la Vie saine, pour participer à nos entrevues et pour répondre à nos demandes de renseignements en vue de ce rapport public. Les agents de liaison gouvernementaux nous ont facilité l'accès aux données qui permettent de suivre la mise en œuvre des accords de 2003 et 2004 sur la santé. L'Institut canadien d'information sur la santé et Inforoute Santé du Canada ont répondu avec générosité à nos demandes de renseignements. Nous tenons aussi à souligner la collaboration d'un certain nombre d'organismes nationaux : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, Conseil canadien d'agrément des services de santé, Institut canadien sur la sécurité des patients, Agence de santé publique du Canada et Statistique Canada.

L'élaboration de ce rapport annuel aux Canadiens a été dirigée par le Comité de surveillance du Conseil de la santé : Alex Gillis et Lyn McLeod, coprésidents; Jeanne Besner, Jean-Guy Finn, Simone Comeau Geddry et Les Vertesi. Le Conseil tient aussi à remercier le professeur Stuart Soroka, de l'Université McGill, pour sa synthèse des récents sondages d'opinion sur les services de santé au Canada; Robert Stephens et Sally Potter de PR Post qui ont contribué à ce rapport par leurs talents d'écriture; et le personnel dévoué du secrétariat du Conseil.

Vision du Conseil

Un public canadien bien informé et en santé, qui croit en l'efficacité, la durabilité et la compétence du système canadien de soins de santé à promouvoir la santé et à répondre aux besoins de santé des Canadiens et Canadiennes.

Mission du Conseil

Le Conseil canadien de la santé favorise la transparence et l'obligation de rendre compte du système de soins de santé en évaluant les progrès faits quant à la qualité, à l'efficacité et à la durabilité du système. En effectuant une surveillance perspicace, en présentant des rapports publics et en favorisant des discussions éclairées, le Conseil met en évidence ce qui sert ou ce qui nuit au renouvellement du système de soins de santé et au bien-être des Canadiens et Canadiennes.

Membres du Conseil

Représentants du gouvernement

M. John Abbott, Terre-Neuve-et-Labrador

M. Albert Fogarty, Île-du-Prince-Édouard

D^r Alex Gillis, Nouvelle-Écosse

M. John Greschner, Yukon

M. Michel C. Leger, Nouveau-Brunswick

M^{me} Lyn McLeod, Ontario

M. Bob Nakagawa, Canada

M. Mike Shaw, Saskatchewan

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

M^{me} Patti Sullivan, Manitoba

D^r Les Vertesi, Colombie-Britannique

Nunavut – poste vacant

Autres représentants

D^{re} Jeanne F. Besner – Présidente intérimaire

D^r M. Ian Bowmer – Vice-président

M. Jean-Guy Finn

D^{re} Nuala Kenny

M. Jose Amajaq Kusugak

M. Steven Lewis

D^{re} Danielle Martin

D^r Robert McMurtry

M. George L. Morfitt

M^{me} Verda Petry

D^r Stanley Vollant

Membres sortants du Conseil, 2006

M. Bernie Blais

M^{me} Simone Comeau Geddry

M^{me} Nellie Cournoyea

M. Michael Decter

M. Duncan Fisher

M^{me} Donna Hogan

D^r Brian Postl

Annexes

- Tableau 1 Résumé des progrès quant aux engagements clés des premiers ministres dans le cadre des accords sur la santé
- Tableau 2 Temps réel d'attente de certains traitements, dans certains secteurs de compétence, d'après les renseignements donnés au public sur les sites Web, novembre 2006
- Tableau 3 Transfert canadien en matière de santé
- Tableau 4 Fonds pour la réduction des temps d'attente

Tableau 1 : Résumé des progrès quant aux engagements clés des premiers ministres dans le cadre des accords sur la santé (suite)

	Ce que les gouvernements ont promis	Sommaire des progrès	Ce que nous savons / Ce que nous ignorons
Soins primaires	50 % de la population aura accès à un prestataire de soins de santé approprié, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, d'ici 2011. (Accord de 2003)	Dans bien des cas, cet accès a été défini comme un accès téléphonique à des services de télésanté et à des services d'urgence après les heures d'activité.	Quand les soins sont reçus ailleurs que chez le prestataire de soins primaires du patient, le renvoi d'information au prestataire varie.
	50 % de la population aura accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à des équipes multidisciplinaires, d'ici 2011. (Plan de 2004)	La création d'équipes est en cours dans tous les secteurs de compétence.	Les équipes sont surtout composées de médecins et d'infirmières. La vision initiale des équipes a été diluée. L'innovation se fait surtout dans des projets pilotes et on ignore comment elle se maintiendra à long terme. Le nombre d'équipes interprofessionnelles doit être accru et le rythme de mise en œuvre doit être accéléré.
	Chaque secteur de compétence doit se donner ses propres objectifs pluriannuels en vue de progrès vérifiables. (Accord de 2003)	Des indicateurs ont été élaborés.	Les indicateurs ne sont pas utilisés. Il n'y a pas d'ententes sur les normes de collecte et de rapport des données. Les renseignements sur le nombre réel des équipes et des patients inscrits sont donc conflictuels.
	Faire une priorité de la mise en œuvre des dossiers électroniques de santé et de l'élaboration continue des applications de télésanté. (Accord de 2003) Accélérer la mise en œuvre des dossiers électroniques de santé, y compris la prescription électronique et la télésanté. (Plan de 2004)	Pour Inforoute Santé du Canada, l'objectif est de donner un dossier électronique de santé à 50 % des Canadiens d'ici 2009. ISC a atteint son objectif intérimaire de 4 % des Canadiens le 31 mars 2006. Trois secteurs de compétence sont sur la bonne voie pour parvenir à leur objectif de 2009, et quatre autres visent leur objectif pour 2010. Inforoute Santé du Canada a augmenté sa part du financement pour la mise en œuvre des dossiers électroniques de santé, la portant à 75 % du total des coûts.	La mise en œuvre des dossiers électroniques de santé est trop lente. La collaboration fructueuse sur les normes du système et les achats est encourageante. Les systèmes d'information électronique sur les médicaments et de prescription électronique ne sont pas très répandus.
Ressources humaines de la santé	Collaborer à des stratégies pour garantir une offre suffisante de main-d'œuvre en santé : <ul style="list-style-type: none"> • renforcer la base de données pour la planification nationale; • promouvoir la formation interdisciplinaire des prestataires de soins; • améliorer le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé. (Accord de 2003) 	Des projets sont en cours pour la formation interprofessionnelle, l'évaluation des diplômés formés à l'étranger et l'élaboration de modèles de planification. Des travaux préliminaires ont été entrepris pour repenser les programmes d'éducation et de formation, avec la participation de presque toutes les écoles de médecine, mais la participation restreinte des autres écoles professionnelles.	De solides progrès ont été réalisés quant aux programmes de formation interprofessionnelle. Il faut maintenant les évaluer pour déterminer leur efficacité. Les inscriptions sont en hausse dans les écoles de médecine et de sciences infirmières, dans tous les secteurs de compétence.
	Les secteurs de compétence acceptent d'accroître l'offre de professionnels de la santé en fonction de leur évaluation des lacunes et 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)	La plupart des secteurs de compétence ont rendu publics leurs plans de recrutement et de maintien en poste (l'Alberta, les T.N-O. et la C. B. ne l'ont pas encore fait?), mais seulement quatre de ces plans sont accompagnés d'objectifs.	Les plans d'action devraient être plus complets, comporter des objectifs précis pour l'avenir, et faire appel à de solides données sur les besoins de santé de la population. Les secteurs de compétence continuent de se faire concurrence pour les RHS.

Tableau 1 : Résumé des progrès quant aux engagements clés des premiers ministres dans le cadre des accords sur la santé (suite)

	Ce que les gouvernements ont promis	Sommaire des progrès	Ce que nous savons / Ce que nous ignorons
Ressources humaines de la santé (suite)	<p>Le gouvernement fédéral s'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • accélérer et intensifier l'évaluation des diplômés formés à l'étranger aux professions de la santé, dans les secteurs de compétence participants; • orienter les efforts pour accroître le nombre de professionnels de la santé dans les collectivités autochtones et parmi les minorités de langues officielles; • alléger le fardeau financier des étudiants; • participer à la planification des ressources humaines de la santé avec les secteurs de compétence intéressés. (Plan de 2004) <p>Le gouvernement du Canada s'engage à doubler le nombre de médecins et d'infirmières autochtones d'ici 10 ans. (Plan directeur de 2005)</p>	<p>70 millions \$ ont été affectés à l'aide aux secteurs de compétence pour accroître leur capacité d'évaluation des diplômés formés à l'étranger.</p> <p>Un document-cadre de planification pancanadienne a été diffusé à l'automne 2005.</p> <p>La force de l'engagement n'est pas claire.</p>	<p>Les processus d'évaluation des diplômés formés à l'étranger sont en voie d'uniformisation.</p> <p>Un certain nombre de projets sont en cours dans les domaines prioritaires déterminés, mais il n'y a pas encore de stratégie nationale des RHS pour rattacher les futurs modèles de prestation des soins de santé.</p> <p>L'état d'avancement n'est pas clair.</p>
Soins à domicile	<p>Couverture au premier dollar pour un panier de services de soins actifs de courte durée à domicile, comprenant des soins actifs de santé mentale communautaire et des soins de fin de vie. (Accord de 2003)</p> <p>Couverture au premier dollar d'ici 2006 pour les soins actifs de courte durée à domicile; les soins actifs de deux semaines de santé mentale communautaire; les soins de fin de vie. (Plan de 2004)</p> <p>Rapport d'étape attendu en décembre 2006. (Plan de 2004)</p> <p>Le gouvernement fédéral créera des prestations de compassion. (Accord de 2003)</p>	<p>Les ministres de la Santé travaillent à un panier de services.</p> <p>Les progrès restent inconnus sur un certain nombre d'éléments car les ministres de la Santé ne devront rendre compte qu'en décembre 2006.</p> <p>Le Programme de prestations de compassion est en place. Le gouvernement fédéral a défini de manière plus large ce qu'est un membre de la famille, pour qu'un plus grand nombre de Canadiens puissent bénéficier du programme; deux provinces ont suivi son exemple.</p>	<p>Les priorités actuelles ignorent les Canadiens atteints de maladies chroniques.</p> <p>Certains secteurs de compétence offrent déjà une vaste gamme de services. Tous les secteurs de compétence, sauf l'Î.-P.-É., signalent qu'ils ont tenu leur engagement et assure une couverture au premier dollar pour les soins de courte durée.</p> <p>L'Ontario a modifié sa loi de protection des emplois, pour la faire concorder à la nouvelle définition fédérale. Les autres secteurs de compétence ne l'ont pas fait. L'Alberta et les T.N.-O. n'ont pas de loi à cet égard.</p>
Gestion des produits pharmaceutiques	<p>Prendre des mesures d'ici la fin de 2005-2006 pour que les Canadiens jouissent d'un accès raisonnable à une couverture des médicaments onéreux. (Accord de 2003)</p> <p>Élaborer et instaurer la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques et produire un rapport d'étape d'ici juin 2006. (Plan de 2004)</p>	<p>Le rapport d'étape des ministres de la Santé sur la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques a été rendu public en septembre 2006.</p>	<p>L'engagement pris d'instituer une couverture des médicaments onéreux a été réduit entre l'Accord de 2003 et celui de 2004.</p> <p>Le rapport d'étape indique dans quels domaines des travaux ultérieurs doivent être faits. Aucune décision n'a encore été prise quant au concept du programme ou quant à un échéancier.</p>

Tableau 1 : Résumé des progrès quant aux engagements clés des premiers ministres dans le cadre des accords sur la santé (suite)

	Ce que les gouvernements ont promis	Sommaire des progrès	Ce que nous savons / Ce que nous ignorons
Gestion des produits pharmaceutiques (suite)	<p>Les ministres de la Santé se sont entendus en octobre 2005 pour travailler aux points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • couverture des médicaments onéreux; • extension du Programme commun d'évaluation des médicaments; • formulaire national commun; • rôle plus grand du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés; • recherches sur les maladies rares; • données sur les risques et les avantages des médicaments. 		<p>Aucune décision n'a encore été prise sur la couverture des médicaments onéreux.</p> <p>L'envergure du Programme commun d'évaluation des médicaments a été élargie, mais aucun progrès n'a été fait quant au formulaire national commun.</p> <p>Des systèmes d'information électronique sur les médicaments sont mis en place partout dans le pays, mais l'utilisation de la prescription électronique reste peu répandue.</p> <p>Un rôle plus grand a été donné au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.</p>
Temps d'attente	<p>Réduire nettement les temps d'attente pour le traitement du cancer, les procédures cardiaques, l'imagerie diagnostique, le remplacement des articulations et la restauration de la vue, d'ici mars 2007. (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 procédures de diagnostic et de traitement, avec production d'un rapport d'ici décembre 2005; • des valeurs objectives de référence pour des temps d'attente médicalement acceptables dans cinq domaines d'ici décembre 2005; • des objectifs pluriannuels de réalisation des objectifs d'ici décembre 2007. (Plan de 2004) 	<p>Les provinces et les territoires élaborent individuellement des stratégies.</p> <p>Un Fonds pour la réduction des temps d'attente a été créé.</p> <p>Le conseiller fédéral sur les temps d'attente a publié son rapport au printemps de 2006.</p> <p>En décembre 2005, des normes de repère ont été annoncées pour le cancer, la fracture de la hanche, le remplacement de la hanche et du genou, la cataracte et le pontage cardiaque. Aucune norme n'a été annoncée pour l'imagerie diagnostique.</p> <p>Le 31 décembre 2005, des indicateurs comparables n'avaient pas encore été annoncés.</p>	<p>Des renseignements plus nombreux sont maintenant donnés au public sur les sites Web; il reste à fournir des renseignements en temps réel sur les temps d'attente pour les interventions chirurgicales.</p> <p>Les temps d'attente sont réduits dans les cinq domaines prioritaires (traitement du cancer, procédures cardiaques, imagerie diagnostique, remplacement des articulations et restauration de la vue).</p> <p>Des preuves sont requises pour déterminer si l'attention portée à la réduction des temps d'attente dans les domaines prioritaires entraîne de plus longues périodes d'attente pour les procédures non prioritaires.</p> <p>Le fait que, selon leur définition, les temps d'attente commencent lors de la consultation du spécialiste et non pas lors du premier contact est préoccupant.</p> <p>Le manque de comparabilité des méthodes de rapports rend difficile toute comparaison des temps d'attente.</p> <p>La durabilité des progrès dans la réduction des temps d'attente, une fois qu'aura pris fin le financement accordé par le Fonds pour la réduction des temps d'attente, reste problématique.</p>
Sécurité des patients	<p>Les premiers ministres ont convenu de fonder l'Institut canadien sur la sécurité des patients. (Accord de 2003)</p>	<p>Un nombre croissant d'organismes et d'équipes de soins de santé participent à <i>Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!</i> et l'Institut canadien sur la sécurité des patients se prépare à donner plus d'expansion au programme.</p> <p>Le Conseil canadien d'agrément des services de santé continue d'intégrer les exigences de sécurité des patients à ses normes d'agrément.</p>	<p>Certains événements indésirables doivent être signalés (dans les salles d'urgence des hôpitaux et pour certains types de réaction aux médicaments), mais il n'existe pas de système national coordonné et uniforme de rapports.</p> <p>Bon nombre d'établissements de soins de santé ne communiquent pas les conclusions de leurs rapports d'agrément, comprenant les points qui mériteraient d'être améliorés.</p>

Tableau 1 : Résumé des progrès quant aux engagements clés des premiers ministres dans le cadre des accords sur la santé (suite)

	Ce que les gouvernements ont promis	Sommaire des progrès	Ce que nous savons / Ce que nous ignorons
Rapports publics sur les indicateurs de santé et le financement	<p>Rapports publics annuels sur les soins primaires, les soins à domicile, les produits pharmaceutiques, l'imagerie diagnostique et l'équipement médical, à l'aide d'indicateurs comparables, à partir de 2004. (Accord de 2003)</p> <p>Les gouvernements doivent rendre compte à leur population de la performance du système de santé, y compris pour les éléments énoncés dans le Plan décennal. (Plan de 2004)</p> <p>Le Conseil canadien de la santé doit produire un rapport sur les éléments énoncés dans les accords. (Accord de 2003 et Plan de 2004)</p> <p>L'ICIS devra rendre compte des progrès sur les temps d'attente. (Plan de 2004)</p>	<p>Tous les secteurs de compétence ont participé à l'élaboration des rapports sur les indicateurs de santé comparables en 2002 et 2004.</p> <p>Les indicateurs ont été affichés sur les sites Web de Statistique Canada et de l'ICIS en décembre 2006.</p> <p>La Colombie-Britannique et la Saskatchewan ont rendu expressément compte des dépenses relevant du Fonds de réforme de la santé et faites 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 expressément rendu compte de leurs dépenses relevant du Fonds pour l'équipement diagnostique et médical.</p> <p>Le 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>Le Conseil canadien de la santé a produit des rapports annuels en janvier 2005, février 2006 et janvier 2007.</p> <p>L'ICIS a produit un rapport sur les temps d'attente en février 2006.</p>	<p>Les rapports sur les indicateurs de santé comparables n'ont pas été publiés en 2006. Santé Canada a publié un rapport à l'échelle nationale.</p> <p>Il est difficile, et parfois impossible, de trouver des renseignements sur la manière dont les fonds de transferts fédéraux sont dépensés par les provinces et les territoires.</p>
Vie saine et santé publique	<p>Travailler à des stratégies de vie saine et à d'autres initiatives pour réduire les inégalités en matière de santé. (Accord de 2003)</p> <p>Poursuivre une stratégie nationale d'immunisation. (Accord de 2003)</p> <p>Accélérer les travaux sur une stratégie de santé publique, avec des objectifs et des buts pour améliorer l'état de santé. (Plan de 2004)</p>	<p>Une Stratégie en matière de modes de vie sains a été élaborée et trois objectifs ont été rendus publics pour 2015 : alimentation santé, activité physique et poids santé.</p> <p>Un financement a été accordé aux provinces et aux territoires pour l'achat de vaccins.</p> <p>L'élaboration d'objectifs nationaux de santé publique est terminée, et ces objectifs ont été communiqués.</p>	<p>Les objectifs ne visent pas les inégalités en matière de santé. Des 300 millions \$ promis dans le cadre de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques, seulement 26,4 millions \$ ont été alloués.</p> <p>La Stratégie nationale d'immunisation a permis d'uniformiser l'immunisation partout au pays, et comprend notamment quatre vaccins récents.</p> <p>Les déclarations sur les objectifs de santé sont générales et ne font pas référence à des résultats mesurables. Seule la Nouvelle-Écosse s'est donné des buts ultérieurs.</p>

Tableau 1 : Résumé des progrès quant aux engagements clés des premiers ministres dans le cadre des accords sur la santé (suite)

	Ce que les gouvernements ont promis	Sommaire des progrès	Ce que nous savons / Ce que nous ignorons
Santé des Autochtones	Élaborer le Cadre de l'établissement de rapports sur la santé autochtone. (Accord de 2003)	Le gouvernement fédéral a créé un Fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones, avec un financement de 200 millions \$.	On ne sait pas si les fonds ont été alloués.
	Le Cadre de l'établissement de rapports sur la santé autochtone sera achevé en 2007, et des rapports seront produits à partir de 2010-2011. (Plan directeur de 2005)	L'état de l'engagement n'est pas claire.	L'état d'avancement n'est pas clair.
	Le Plan directeur de la santé des Autochtones a été communiqué en novembre 2005, avec une affectation supplémentaire de 1,3 milliard \$ pour les initiatives de santé.	L'état de l'engagement n'est pas clair.	L'état d'avancement n'est pas clair.
	Objectifs de lutte contre la mortalité infantile, le suicide chez les jeunes, l'obésité chez les enfants et le diabète pour parvenir à une réduction de 20 % sur cinq ans et de 50 % sur 10 ans. (Plan directeur de 2005)	L'état d'avancement n'est pas clair.	L'état d'avancement n'est pas clair. Bon nombre de secteurs ont mis en place des programmes pour remédier aux disparités qui existent dans les services de santé aux Autochtones, mais il n'existe pas de stratégie nationale pour les coordonner.

Tableau 2 Temps réel d'attente de certains traitements, dans certaines provinces, d'après les renseignements donnés au public sur les sites Web, novembre 2006*

	Chirurgie cardiaque	Radiothérapie	Chirurgie de la cataracte	Remplacement de la hanche	Remplacement du genou
Valeurs de référence pancanadiennes (périodes durant lesquelles devrait se faire la prestation des soins)	Pontage cardiaque 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 au traitement	16 semaines pour les patients à haut risque	26 semaines	26 semaines
Colombie-Britannique	<i>Septembre 2006</i> Toutes les chirurgies cardiaques Temps d'attente médian : 10,7 semaines	<i>Août 2006</i> Temps d'attente médian : 0,7 semaine	<i>Septembre 2006</i> Temps d'attente médian : 8,0 semaines	<i>Septembre 2006</i> Temps d'attente médian : 16,3 semaines	<i>Septembre 2006</i> Temps d'attente médian : 19,9 semaines
Alberta	<i>Septembre 2006</i> Pontage cardiaque seulement Temps d'attente médian : 5,9 semaines (Pourcentage des cas traités) 39 % dans les 3 premières semaines 15 % dans les 3 à 6 semaines 31 % dans les 7 semaines à 3 mois 12 % dans les 4 à 6 mois 2 % dans les 7 à 12 mois 1 % dans les 13 mois et plus	Données de 2006 non disponibles	<i>Septembre 2006</i> Temps d'attente médian : 14,6 semaines (Pourcentage des cas traités) 5,8 % dans les 3 premières semaines 15,0 % dans les 3 à 6 semaines 39,7 % dans les 7 semaines à 3 mois 24,2 % dans les 4 à 6 mois 10,6 % dans les 7 à 12 mois 4,7 % dans les 13 mois et plus	<i>Septembre 2006</i> Temps d'attente médian : 14,3 semaines (Pourcentage des cas traités) 6,4 % dans les 3 premières semaines 13,5 % dans les 3 à 6 semaines 37,9 % dans les 7 semaines à 3 mois 21,1 % dans les 4 à 6 mois 16,1 % dans les 7 à 12 mois 5,1 % dans les 13 mois et plus	<i>Septembre 2006</i> Temps d'attente médian : 19,4 semaines (Pourcentage des cas traités) 2,9 % dans les 3 premières semaines 8,2 % dans les 3 à 6 semaines 34,4 % dans les 7 semaines à 3 mois 22,3 % dans les 4 à 6 mois 24,1 % dans les 7 à 12 mois 8,0 % dans les 13 mois et plus
Saskatchewan Ne donne pas le détail selon les domaines pancanadiens	<i>Juin 2006</i> Toutes les procédures cardiovasculaires Temps d'attente médian : 1,0 semaine 83 % dans les 3 premières semaines 8 % dans les 4 à 6 semaines 5 % dans les 7 semaines à 3 mois 4 % dans les 4 à 12 mois 1 % dans les 13 mois et plus	Données de 2006 non disponibles	<i>Juin 2006</i> Toutes les procédures ophtalmologiques Temps d'attente médian : 11,0 semaines 26 % dans les 3 premières semaines 10 % dans les 4 à 6 semaines 19 % dans les 7 semaines à 3 mois 40 % dans les 4 à 12 mois 5 % dans les 13 mois et plus	<i>Juin 2006</i> Toutes les procédures orthopédiques Temps d'attente médian : 6,3 semaines 43 % dans les 3 premières semaines 7 % dans les 4 à 6 semaines 11 % dans les 7 semaines à 3 mois 26 % dans les 4 à 12 mois 13 % dans les 13 mois et plus	<i>Juin 2006</i> Toutes les procédures orthopédiques Temps d'attente médian : 6,3 semaines 43 % dans les 3 premières semaines 7 % dans les 4 à 6 semaines 11 % dans les 7 semaines à 3 mois 26 % dans les 4 à 12 mois 13 % dans les 13 mois et plus
Manitoba	<i>Septembre 2006</i> Pontage cardiaque seulement Temps d'attente médian : 13 jours	<i>Septembre 2006</i> Tous les établissements Temps d'attente médian : 1 semaine	<i>Septembre 2006</i> Établissements de Winnipeg Temps d'attente médian : 16 semaines	<i>Septembre 2006</i> Établissements de Winnipeg Temps d'attente médian : 20 semaines	<i>Septembre 2006</i> Établissements de Winnipeg Temps d'attente médian : 47 semaines
Ontario	<i>Juillet 2006</i> Pontage cardiaque seulement 100 % des cas traités dans les 6 mois visés comme objectif	Données pour 2006 non disponibles	<i>Juillet 2006</i> 82 % des cas traités dans les 6 mois visés comme objectif	<i>Juillet 2006</i> 77 % des cas traités dans les 6 mois visés comme objectif	<i>Juillet 2006</i> 65 % des cas traités dans les 6 mois visés comme objectif
Québec	<i>Août 2006</i> Données de niveau pour la province encore non disponibles	<i>Août 2006</i> Données de niveau pour la province encore non disponibles	<i>Août 2006</i> Dans 4 % des cas, les temps d'attente sont supérieurs à 6 mois	<i>Août 2006</i> Dans 9 % des cas, les temps d'attente sont supérieurs à 6 mois	<i>Août 2006</i> Dans 18 % des cas, les temps d'attente sont supérieurs à 6 mois
Nouveau-Brunswick	Données de 2006 encore non disponibles	Données de 2006 encore non disponibles	Données de 2006 encore non disponibles	Données de 2006 encore non disponibles	Données de 2006 encore non disponibles
Nouvelle-Écosse P1 – P4 = niveaux de priorité	<i>Septembre 2006</i> Procédures chirurgicales cardiovasculaires Temps d'attente médian : P1 – 3 jours P2 – 35 jours P3 – 77 jours P4 – 140 jours	<i>Septembre 2006</i> Autorité sanitaire de la capitale Temps d'attente médian : P1 – 3 jours P2 – 35 jours P3 – 77 jours P4 – 140 jours	<i>Septembre 2006</i> 29 % dans les 30 jours 49 % dans les 60 jours 63 % dans les 90 jours 86 % dans les 180 jours 94 % dans les 270 jours 97 % dans les 360 jours	<i>Septembre 2006</i> 10 % dans les 30 jours 18 % dans les 60 jours 28 % dans les 90 jours 57 % dans les 180 jours 73 % dans les 270 jours 84 % dans les 360 jours 92 % dans les 540 jours 95 % dans les 720 jours	<i>Septembre 2006</i> 1 % dans les 30 jours 3 % dans les 60 jours 10 % dans les 90 jours 43 % dans les 180 jours 58 % dans les 270 jours 72 % dans les 360 jours 86 % dans les 540 jours 93 % dans les 720 jours
Terre-Neuve-et-Labrador	Données de 2006 encore non disponibles	Données de 2006 encore non disponibles	Données de 2006 encore non disponibles	Données de 2006 encore non disponibles	Données de 2006 encore non disponibles

*Dans tous les cas, les données indiquent les temps d'attente des patients qui ont subi une intervention chirurgicale et ne sont aucunement des prévisions des temps d'attente futurs.

Tableau 3 Transfert canadien en matière de santé (millions \$)

	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Colombie-Britannique	2 132	2 801	2 784
Alberta	1 272	1 797	1 822
Saskatchewan	506	691	718
Manitoba	594	774	761
Ontario	5 693	7 636	7 534
Québec	3 828	5 001	4 945
Nouveau-Brunswick	382	495	485
Nouvelle-Écosse	476	617	605
Île-du-Prince-Édouard	70	91	89
Terre-Neuve-et-Labrador	263	339	330
Nunavut	18	22	23
Territoires du Nord-Ouest	20	25	23
Yukon	17	22	21
Total	15 271	20 311	20 140

Ne comprend pas les autres transferts comme les points d'impôts et les paiements de péréquation.

Source : Ministère des Finances, gouvernement du Canada, Transferts fédéraux aux provinces et territoires. www.fin.gc.ca/FEDPROV/mtpf.html. Les données pour 2006-2007 sont des prévisions, en date du 1^{er} octobre 2006.

Tableau 4 Fonds pour la réduction des temps d'attente (millions \$)

	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Colombie-Britannique	82	82	158
Alberta	63	63	121
Saskatchewan	19	19	37
Manitoba	23	23	44
Ontario	243	243	467
Québec	147	147	282
Nouveau-Brunswick	15	15	28
Nouvelle-Écosse	18	18	35
Île-du-Prince-Édouard	2,7	2,7	5,1
Terre-Neuve-et-Labrador	10	10	19
Nunavut	0,6	0,6	1,1
Territoires du Nord-Ouest	0,8	0,8	1,6
Yukon	0,6	0,6	1,2
Total	625	625	1 200

Source : Ministère des Finances, gouvernement du Canada, Transferts fédéraux aux provinces et territoires. www.fin.gc.ca/FEDPROV/mtpf.html. Les données pour 2006-2007 sont des prévisions, en date du 1^{er} octobre 2006.

Notes

