

SEPTEMBRE 2013

Meilleure santé, meilleurs soins, meilleure valeur *pour tous* :

Recentrer la réforme des soins
de santé au Canada



Health Council of Canada
Conseil canadien de la santé

À propos du Conseil canadien de la santé

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

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

Conseillers

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

Une décennie de réforme en vertu des accords sur la santé n'a mené qu'à des améliorations modestes en matière de santé et de soins de santé. La transformation que nous attendions ne s'est pas produite.

Il est temps de se recentrer.

TABLE DES MATIÈRES

3	Avant-propos
4	Résumé analytique
6	Introduction
9	Chapitre un : Une décennie de réforme de soins de santé : investissements et répercussions
19	Chapitre deux : Leçons tirées de « l'approche » des accords sur la santé
34	Conclusion
36	Remarques sur les méthodes et sources des données
38	Références

AVANT-PROPOS

Il y a 10 ans, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont entrepris de réparer un système de soins de santé qui se trouvait en difficulté. Les accords sur la santé de 2003 et de 2004 en ont résulté. Soucieux de rendre des comptes au public, les premiers ministres ont aussi fondé le Conseil canadien de la santé, qu'ils ont chargé de surveiller les progrès et les résultats obtenus, conformément aux engagements pris en vertu des accords sur la santé, et de suivre les répercussions de la réforme des soins de santé partout au pays.

Le Conseil de la santé s'est acquitté de ce mandat au cours de la dernière décennie et a publié plus de 50 rapports, tout en mobilisant le public, les patients et d'autres intervenants du système de santé en faveur des améliorations à apporter au système.

Alors que les accords sur la santé vont s'achever, en 2014, le gouvernement fédéral a décidé de mettre fin au financement du Conseil de la santé.

Dans ce rapport, qui est l'un de nos derniers, nous puisons dans les connaissances et les enseignements que nous avons accumulés sur le système canadien de santé pour examiner les investissements et les répercussions qui ont découlé des accords sur la santé, en tant que catalyseurs de la réforme des soins de santé partout au Canada. Voici notre conclusion : les résultats sont modestes et le rendement global du Canada accuse un retard par rapport à celui de nombreux autres pays à haut revenu. Le statu quo ne mène à rien. Nous devons conduire différemment la réforme du système de santé.

En revanche, nous *pouvons* tirer des leçons de l'approche suivie pour concevoir et appliquer les accords sur la santé. Ce rapport souligne certains des enseignements principaux sur ce qui a mené au succès ou à l'échec. À partir de ces observations, et de recommandations faites par d'autres qui ont étudié les stratégies fructueuses d'amélioration du système de santé, nous proposons une approche pour instaurer un système de santé plus hautement performant.

L'avenir de notre système de santé nous concerne tous.

La plupart d'entre nous, de nos familles et de nos amis, ont fait une expérience directe — bonne et mauvaise — du système de soins de santé au Canada. Nous devons améliorer les soins de santé dans notre pays. Nous devons accomplir de plus grands progrès dans la réforme de ce système qu'au cours des 10 dernières années. Nous avons besoin d'un système de santé hautement performant, dont tous les Canadiens peuvent bénéficier — actuellement et à l'avenir. Dans la poursuite de cette vision, tous les gouvernements, les organismes et les prestataires de soins de santé, de même que le public, ont un rôle à jouer.

Les accords sur la santé et le Conseil canadien de la santé arrivent à leur fin, mais le travail ne fait que commencer.

Dr Jack Kitts
Président, Conseil canadien de la santé

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Il y a 10 ans, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont créé un programme de réforme des soins de santé dans le cadre de l'*Accord sur le renouvellement des soins de santé*, conclu en 2003, et du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, adopté en 2004^{1,2}.

Ce rapport se penche sur les 10 dernières années de réforme des soins de santé, cerne les réussites et les échecs, et propose une meilleure voie à suivre pour parvenir à un système de santé hautement performant au Canada. Pour concrétiser cette vision, il faudra une approche commune et clairement articulée, un leadership solide et persévérant, ainsi qu'un engagement de la part de tous les intervenants à appuyer les changements soutenus nécessaires—éléments qui ont tous été manquants au Canada au cours de la dernière décennie.

Les thèmes de la qualité, de l'accessibilité et de la durabilité ont donné forme aux deux accords sur la santé et les gouvernements se sont engagés à prendre des mesures d'action précises en ce sens dans un certain nombre de domaines. Les fonds alloués dans le cadre des accords, conjugués aux augmentations de dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux et du secteur privé, ont contribué à une hausse globale des dépenses totales de santé (publiques et privées) de 124 milliards de dollars en 2003 à 207 milliards de dollars (valeur estimée) en 2012¹⁻³.

UNE DÉCENNIE DE RÉFORME : DES RÉSULTATS DÉCEVANTS

Bien que les ressources nécessaires pour renforcer notre système de santé et améliorer la santé des Canadiens aient été accordées, le succès des accords sur la santé pour stimuler la réforme envisagée est resté limité. Dans l'ensemble, bien peu d'améliorations notables ont été apportées durant cette décennie pour mieux mesurer les soins aux patients et les résultats de santé, et le rendement du système de santé au Canada reste décevant comparativement à celui d'autres pays à haut revenu. Des problèmes urgents ont été abordés, notamment les temps d'attente, la réforme des soins primaires, la couverture des médicaments et l'utilisation des dossiers de santé électroniques par les médecins. Mais aucun de ces changements n'a fait du système canadien de santé un système hautement performant, et les disparités et les iniquités subsistent en matière de santé partout au pays.

De plus, l'évolution du système de santé n'a pas suivi celle des besoins des Canadiens. Les dépenses consacrées aux soins hospitaliers, aux médicaments et aux médecins continuent d'accaparer la plus grande partie des fonds de santé au Canada, malgré les besoins grandissants dans des domaines comme la prévention et la gestion des maladies chroniques, l'amélioration des soins primaires et l'expansion des soins à domicile, pour mieux répondre aux besoins d'une société vieillissante.

LEÇONS TIRÉES ET APPROCHE D'AVENIR

Après 10 années d'investissements et de réformes, seuls des changements modestes se sont produits en matière de santé et de soins de santé dans notre pays, et la promesse de changements transformateurs n'a pas été tenue. Toutefois, l'expérience des 10 dernières années nous a permis de recueillir des renseignements précieux sur la meilleure voie à suivre pour parvenir à un système de santé plus performant—leçons qu'il faut maintenant appliquer.

Il est clair qu'il ne suffit pas d'aborder séparément les différentes composantes du système de santé. Une transformation plus vaste et équilibrée du système est requise—à partir d'une vision commune d'un système de santé hautement performant, d'objectifs explicites et d'une concentration soutenue sur les principaux catalyseurs de soutien.

Au cours des dernières années, un certain nombre d'instances et d'organisations canadiennes ont adopté le cadre d'action *Triple Aim* de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) aux États-Unis^{4,5}, en l'élargissant d'un niveau organisationnel à un niveau systémique⁶⁻¹⁴. Le Conseil canadien de la santé appuie l'utilisation de *Triple Aim* en tant que point de départ du processus visant à instaurer un système de santé hautement performant au Canada, avec un juste équilibre des objectifs complémentaires de *meilleure santé*, *meilleurs soins* et *meilleure valeur*. Toutefois, nous croyons que toute approche de transformation doit tenir compte de l'importance de l'équité pour les Canadiens. C'est pourquoi le Conseil canadien de la santé fait de l'équité un objectif complémentaire prééminent. Résultat : Meilleure santé, meilleurs soins, meilleure valeur pour *tous*.

À partir de nos travaux et de nos récentes évaluations des efforts de réforme du système de santé au Canada et ailleurs dans le monde, nous avons cerné cinq catalyseurs principaux à appuyer activement et à maintenir en place pour atteindre ces objectifs :

- leadership;
- politiques et lois;
- renforcement des capacités;
- innovation et diffusion;
- mesures et rapports.

Tous ces catalyseurs sont interreliés et essentiels pour apporter de véritables changements à notre système de santé. D'après les enseignements tirés de la dernière décennie, ces catalyseurs n'ont pas toujours été présents, ou n'ont pas toujours bénéficié d'un appui concret.

À notre avis, l'approche que nous soulignons pour transformer notre système de santé guidera utilement tous les gouvernements, les organismes et les prestataires de soins de santé responsables de planifier, de gérer et d'offrir les soins de santé.

UN APPEL À L'ACTION

Il serait irréaliste d'investir beaucoup plus d'argent dans le système de santé au Canada, compte tenu du climat financier actuel. De plus, l'expérience acquise lors de la dernière décennie semble montrer que des fonds accrus ne permettront probablement pas d'arriver aux résultats attendus. Nous devons recentrer la réforme des soins de santé et faire les choix qui s'imposent pour créer un système de santé hautement performant. Nous devons, et nous pouvons, faire mieux.

Les Canadiens souhaitent que leur système de santé leur donne équitablement accès à des soins de haute qualité, peu importe leur province ou territoire de résidence, ou leurs moyens financiers¹⁹. Pour répondre à cette attente, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que les organismes et les prestataires de soins au Canada, doivent poursuivre les mêmes objectifs équilibrés, tout en encourageant et en appuyant une collaboration pancanadienne. De son côté, le gouvernement fédéral

devrait jouer un rôle central dans l'apport de fonds pour garantir l'équité partout au Canada et pour préserver la perspective fondamentalement « canadienne », en participant activement à la planification du système de santé et à l'élaboration des politiques. De leur côté, les provinces et les territoires ne doivent pas simplement considérer leurs responsabilités juridictionnelles mais reconnaître qu'ils sont copropriétaires d'un système national. Tous partagent la responsabilité de veiller à ce que chacune des instances obtienne des résultats comparables.

Les résultats des 10 dernières années montrent clairement que nous devons agir différemment. Si nous voulons obtenir de meilleurs résultats à l'avenir, nous ne pouvons pas continuer de suivre nos approches divergentes et hésitantes en matière de réforme des soins de santé au pays.

Il est *possible* de mettre en place un système de santé hautement performant au Canada. Mais ceci exigera un engagement renouvelé envers une collaboration pancanadienne, la définition et la poursuite d'objectifs équilibrés, et le soutien actif et continu des principaux catalyseurs.

C'est une vision qui mérite d'être poursuivie
— pour la santé de tous les Canadiens.

INTRODUCTION

Les Canadiens font confiance de longue date à leur système de santé. En fait, un récent sondage national indique qu'ils ont davantage confiance en ce système actuellement qu'à tout autre moment au cours des 10 dernières années¹⁶.

Mais cette confiance est-elle justifiée?

Le Canada est l'un des pays qui dépensent le plus en matière de soins de santé, mais ses résultats restent mitigés. Par exemple, il se situe dans la médiane des pays à haut revenu pour la comparaison de l'espérance de vie et de la prévalence des maladies chroniques multiples, mais il se classe parmi les derniers dans des secteurs comme l'accès aux soins après les heures de service et les temps d'attente pour les chirurgies élektives^{3, 17-20}.

Il y a 10 ans, les gouvernements, fédéral, provinciaux et territoriaux, ont adopté un programme de réforme des soins de santé dans le cadre de l'*Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, conclu en 2003, et du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, adopté en 2004. Après une décennie d'initiatives de réforme et des milliards de dollars dépensés, nous devons nous interroger sur l'accomplissement des objectifs.

De nombreuses organisations et agences nationales et régionales ont fait connaître leurs évaluations des progrès en vertu des accords sur la santé (voir *Points de vue sur la réforme du système de santé au Canada*, page 7). Dans ce rapport, nous nous inspirons de leurs travaux et de nos propres évaluations, entre autres de nos précédents rapports de progrès, pour considérer

les répercussions d'une décennie de réformes en matière de santé. Combien avons-nous dépensé, et dans quels secteurs? Notre santé et nos soins de santé s'en trouvent-ils améliorés? Comment le Canada se compare-t-il à d'autres pays?

Nous examinons aussi les leçons que nous pouvons tirer des accords sur la santé, alors que les dirigeants de notre système de santé déterminent une nouvelle voie d'avenir. Ces accords ont-ils constitué un mécanisme efficace d'amélioration de notre système de santé? Qu'est-ce qui a réussi, qu'est-ce qui a échoué, et pourquoi?

Partant des enseignements des 10 dernières années, nous déterminons une approche pour instaurer un système de santé hautement performant au Canada. Le temps est venu de prendre des mesures d'action exhaustives, axées sur des objectifs, afin d'apporter des améliorations durables pour l'avenir de notre système de santé.

POINTS DE VUE SUR LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ AU CANADA

Au cours des dernières années, plusieurs organismes se sont penchés sur le système de santé et sur ses perspectives d'avenir. En 2012, le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie a terminé un examen complet de l'accord de la santé de 2004 et a présenté pas moins de 46 recommandations quant à l'avenir des soins de santé au pays²¹. Dans ce rapport, le gouvernement fédéral a fait paraître une réponse à ces recommandations²². D'autres rapports et présentations ont été faits à propos des accords sur la santé par Canada 2020, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association médicale canadienne, le Conference Board of Canada, le Conseil de la fédération et le Groupe d'intervention action santé, entre autres. L'Institut C.D. Howe, l'Institut canadien d'information sur la santé et TD Economics ont aussi contribué à cet examen en faisant des analyses financières des dépenses de santé^{8, 9, 23-33}.

Une étude de ces rapports révèle des thèmes communs :

Limites de « l'achat des changements » et argument de la rentabilisation de la qualité

De nombreux rapports soulignent que des investissements importants ont été effectués dans le domaine de la santé au cours des 10 à 15 dernières années, entraînant une augmentation des effectifs, de la technologie et des autres ressources. Dans le cas des temps d'attente, les accords sur la santé ont mené à un financement accru pour des interventions prioritaires précises, à savoir les arthroplasties de la hanche et du genou, les chirurgies réparatrices des fractures de la hanche, les pontages aorto-coronariens, les chirurgies de la cataracte et les radiothérapies du cancer. L'octroi des fonds était lié à des cibles précises — par exemple, accroître le nombre d'interventions chirurgicales pour réduire les temps d'attente^{2, 23, 27, 34, 35}.

Cependant, un rapport de TD Economics affirme que les investissements des 10 dernières années n'ont pas vraiment entraîné de réforme et qu'il y a eu un manque « d'intérêt à apporter d'audacieux changements ». D'autres soulignent que le niveau actuel des dépenses de santé au Canada ne peut pas être soutenu, vu l'accroissement de la demande et l'augmentation des coûts. Chose plus importante encore, il n'est pas évident que les investissements effectués au cours de la dernière décennie ont réellement mené à une amélioration de la santé des Canadiens^{25, 31-34}.

Récemment, les discussions sur la réforme du système de santé se sont orientées vers la qualité, la sécurité et la rentabilité—montrant clairement qu'offrir plus de services ne veut pas forcément dire améliorer les soins. En revanche, la qualité peut être renforcée par une meilleure utilisation des ressources existantes et par un changement fondamental dans l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé. L'argument de la rentabilisation de la qualité est justifié^{23, 27, 30, 32, 34, 36-38}.

Appel à un leadership pancanadien

Les rapports préconisent tous un leadership puissant, en tant qu'élément essentiel à une véritable transformation de notre système de santé. Plusieurs rapports recommandent que le gouvernement fédéral fasse preuve de leadership dans le cadre de cette transformation, notamment le rapport présenté en 2012 par le Comité sénatorial à la suite de son examen de l'accord sur la santé de 2004^{8, 9, 21, 23-25, 30}.



CHAPITRE UN

Une décennie de réforme de soins de santé : investissements et répercussions

Il y a 10 ans, les dépenses en matière de santé étaient considérées comme prioritaires par le public au Canada. Dans les années 1990, une période de restrictions budgétaires avait mené à la fermeture de lits dans les hôpitaux, à de longs temps d'attente pour les services de santé et à une insatisfaction grandissante du public envers le système canadien de santé.

Les discussions entre les politiciens et les décideurs de politiques reflétaient ces préoccupations du public. En l'an 2000, une réunion entre les premiers ministres du Canada, des provinces et des territoires a mené à de nouveaux plans et à de nouvelles allocations de fonds pour procéder à une réforme du système de santé^{35,39}.

L'élan a continué de gagner de l'ampleur avec une série de commissions, d'examen et de rapports provinciaux et nationaux qui ont préconisé une réforme du système de santé. Les appels à l'action ont culminé avec la parution de deux documents marquants en 2002 : un rapport sénatorial, intitulé *La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral* (Rapport Kirby), et le rapport de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada* (rapport Romanow)^{15, 40-44}. Ce dernier rapport recommandait de rétablir le financement fédéral des soins de santé et envisageait une transformation du système canadien de santé. Il préconisait un système « plus intégré, mieux adapté à nos besoins et davantage axé sur l'imputabilité », qui appuie les valeurs canadiennes « d'égalité, de justice et de solidarité »¹⁵.

DES PROMESSES, ENCORE DES PROMESSES : ACCORDS SUR LA SANTÉ AU CANADA

En réponse à cet appel, les premiers ministres du Canada, des provinces et des territoires ont signé un *Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé* au début de 2003, puis ont adopté le *Plan décennal pour*

consolider les soins de santé un an plus tard. Les thèmes de la qualité, de l'accessibilité et de la durabilité des soins ont donné forme à ces deux accords, et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont engagés à prendre des mesures d'action précises dans les domaines suivants^{1,2}:

- santé des Autochtones;
- accès et temps d'attente;
- accès aux soins dans le Nord;
- dossiers de santé électroniques;
- ressources humaines de la santé;
- innovation en matière de santé;
- prévention de la santé, promotion de la santé et santé publique;
- soins à domicile;
- gestion des produits pharmaceutiques;
- soins primaires;
- télésanté/télétriage;
- imputabilité et rapports;
- prévention et règlement des différends.

Dans le cadre des deux accords sur la santé, le gouvernement fédéral a alloué des milliards de nouveaux fonds aux provinces et territoires pour qu'ils s'attaquent aux problèmes qui affligeaient le système canadien de santé. Dans le cadre de l'accord sur la santé de 2003, les premiers ministres ont restructuré le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) pour créer deux blocs distincts de financement, 62 % du TCSPS allant directement au secteur de la santé par le biais d'un nouveau Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le reste allant à un Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS) destiné à appuyer l'enseignement postsecondaire et divers programmes sociaux. Le budget fédéral de 2003 a complété le TCS par un nouveau Fonds pour la réforme de la santé de 16 milliards de dollars sur cinq ans, pour appuyer la mise en œuvre des réformes de soins primaires, de soins à domicile et de couverture des médicaments onéreux^{45, 46}.

Le financement fédéral des soins de santé s'est encore accru en vertu du plan décennal de 2004, qui a alloué 41,3 milliards de dollars de plus aux provinces et territoires. Ces nouveaux fonds étaient en partie liés aux secteurs prioritaires répertoriés dans ce plan — par exemple, 5,5 milliards de dollars pour la réduction des temps d'attente — mais ils étaient majoritairement alloués au TCS, reflétant l'engagement pris par le gouvernement fédéral d'augmenter le paiement de transfert de 6 % par an à partir de 2006. Alors que les fonds attribués aux temps d'attente étaient conditionnels — les provinces et les territoires devaient établir des points de repère probants et des indicateurs comparables, et faire des rapports de progrès au public —, les provinces et les territoires pouvaient en très grande partie dépenser les fonds du TCS comme ils l'entendaient, à condition de respecter la *Loi canadienne sur la santé*. En dépit de la croyance populaire, il est donc exagéré de dire que les fonds alloués en vertu des accords sur la santé étaient « assortis de conditions »^{2, 45}.

En outre, s'appuyant sur l'une des recommandations du rapport Romanow, les premiers ministres ont fondé le Conseil canadien de la santé dans le cadre de l'accord de 2003. C'était la première fois que les deux paliers de gouvernement créaient ensemble un organisme indépendant chargé d'évaluer le rendement du système canadien de santé comparativement à une série d'engagements de politiques, de programmes et de financement, et d'en rendre compte. Le Conseil de la santé devait consulter les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et s'appuyer sur les données et les travaux d'autres organismes pour faire des rapports publics sur les progrès de la réforme du système de santé^{1, 15}.

COMPARAISONS INTERNATIONALES

Tout au long de ce rapport, nous comparons les investissements dans les soins de santé au Canada et le rendement du système de santé canadien à ceux de 10 autres pays à haut revenu — Australie, France, Allemagne, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Suède, Suisse, Royaume-Uni et États-Unis.

Bien que tous les pays organisent, financent, gèrent et offrent différemment leurs services de santé, ces 10 pays ont été sélectionnés parce que leurs contextes sociaux, politiques et économiques sont similaires, permettant des comparaisons utiles du rendement des systèmes de santé. Notre rapport s'appuie principalement sur les données internationales (quand elles sont disponibles) des sondages internationaux du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé et de l'Organisation de coopération et de développement économiques, pour évaluer comment le Canada se compare à ces 10 pays.

Pour plus de renseignements sur notre approche et nos méthodes d'analyse des données, voir « Remarques sur les méthodes et sources de données », page 36.

Avec toutes ces promesses des accords sur la santé — « un ajustement pour une génération »⁴⁷ — qu'avons-nous accompli? Pour répondre à cette question, nous examinons les dépenses en matière de santé, les répercussions sur les soins aux patients, sur l'état de santé de la population et sur l'équité.

UNE DÉCENNIE DE DÉPENSES : COMMENT NOUS COMPARONS-NOUS AUX AUTRES PAYS?

Les fonds alloués dans le cadre des accords sur la santé ont contribué à une hausse globale des dépenses de santé (publiques et privées) de 2003 à 2012, dont le total est passé de 124 milliards de dollars à 207 milliards de dollars (valeur estimée)³.

Cependant, malgré les engagements pris en vertu de ces accords pour améliorer les soins primaires, la santé des Autochtones, les soins à domicile et la couverture des médicaments onéreux, la répartition des fonds alloués à la santé a très peu changé au cours de la dernière décennie au Canada. Le pourcentage du total des dépenses de santé attribuées aux hôpitaux, aux médicaments et aux médecins — soit aux trois plus importants postes de dépenses de santé — est resté remarquablement constant durant cette période¹⁻³.

D'après les plus récentes estimations de l'Institut canadien d'information sur la santé (2012), les dépenses des hôpitaux représentent la plus grande partie des dépenses totales de santé au Canada (29 %), pourcentage qui reste inchangé depuis 2003. Les salaires représentent 60 % des coûts hospitaliers, la majorité de ces fonds allant aux salaires du personnel infirmier. Les médicamentsⁱ constituent le deuxième grand secteur de dépenses de santé, avec 16 % du total, suivi par les médecinsⁱⁱ avec 14 %. Le pourcentage des dépenses affectées aux médicaments et aux médecins n'a que légèrement changé depuis 2003. Comparativement aux autres pays à haut revenuⁱⁱⁱ, les dépenses des hôpitaux^{iv} sont faibles. Par contre, les dépenses en médicaments sont relativement élevées, tout comme le sont les salaires des médecins, bien que le Canada soit le pays qui compte le moins de médecins par habitant^{3, 17}.

i/ Les dépenses en médicaments n'incluent pas les médicaments distribués dans les hôpitaux et autres établissements.

ii/ Les dépenses des médecins n'incluent pas celles des médecins qui sont employés salariaux dans des hôpitaux ou des agences de santé publiques.

iii/ En raison de différences dans les définitions, le recueil et l'analyse des données, les données internationales peuvent ne pas toujours être directement comparables.

iv/ L'Institut canadien d'information sur la santé souligne que les dépenses hospitalières au Canada sont peut-être sous-estimées, car elles ne comprennent pas les services des médecins employés dans les hôpitaux qui sont payés par les régimes privés d'assurance³.

En général, la plupart des pays à haut revenu consacrent une importante partie de leur revenu national (tel que mesuré par le produit intérieur brut — PIB) à la santé, et le Canada ne fait pas exception³. En outre, de 2003 à 2011, 10 des 11 pays à haut revenu — dont le Canada — ont accru le pourcentage de leur PIB alloué aux soins de santé. Seuls quatre autres pays à haut revenu ont redirigé plus de leur PIB vers les soins de santé que le Canada (Figure 1). Et tout comme le Canada, la plupart des pays à haut revenu ont peu modifié la répartition de ces fonds de santé supplémentaires. Une exception notable est à signaler : celle des Pays-Bas qui, durant cette même période, ont réduit le pourcentage de leurs dépenses affectées aux hôpitaux et aux médicaments et ont accru radicalement leurs investissements proportionnels dans les soins infirmiers de longue durée (Figure 2). Précisons qu'à la fin de cette décennie, les Pays-Bas s'étaient dotés d'un système de santé des plus hautement performants⁴⁸.

Les nouveaux investissements résultant des accords sur la santé ont donné l'occasion de transformer notre système de santé et d'améliorer la santé des Canadiens. Mais le plus souvent, nos schémas de dépenses n'ont pas changé. Le Canada a-t-il laissé passer une belle occasion? Pour explorer la question, nous examinons tout d'abord les soins reçus par les Canadiens. Comment les soins ont-ils changé? Quelle partie de notre système de santé avons-nous améliorée?

ÉVALUATION DES RÉPERCUSSIONS : SOINS REÇUS PAR LES CANADIENS

Le secteur hospitalier constitue un point de départ logique pour évaluer les répercussions d'une décennie d'investissements dans les soins offerts aux Canadiens. Les soins hospitaliers figurent en bonne place dans la *Loi canadienne sur la santé* et, comme indiqué précédemment, c'est à eux que va la plus grande partie du budget de soins de santé au Canada^{3, 49}.

Les hôpitaux canadiens produisent de vastes quantités de données. Depuis 2009, ils fournissent des données au Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens, mené par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui fait publiquement rapport du rendement du système dans des domaines comme les résultats et la sécurité des patients. Cependant, il reste difficile pour l'ICIS de comparer de manière opportune les hôpitaux des différents systèmes de santé, en raison de questions de confidentialité, de qualité des données et de retard dans la réception des données. Les Canadiens ne peuvent donc pas aisément déterminer quels hôpitaux dispensent les soins les plus sûrs, ou de meilleure qualité. Pour remédier à ce problème, un réseau national d'hôpitaux d'enseignement collabore avec l'ICIS et d'autres partenaires, afin de concevoir une simple fiche d'évaluation qui fait appel à des données actualisées pour comparer le rendement des hôpitaux dans certains secteurs précis des soins aux patients^{51, 52}.

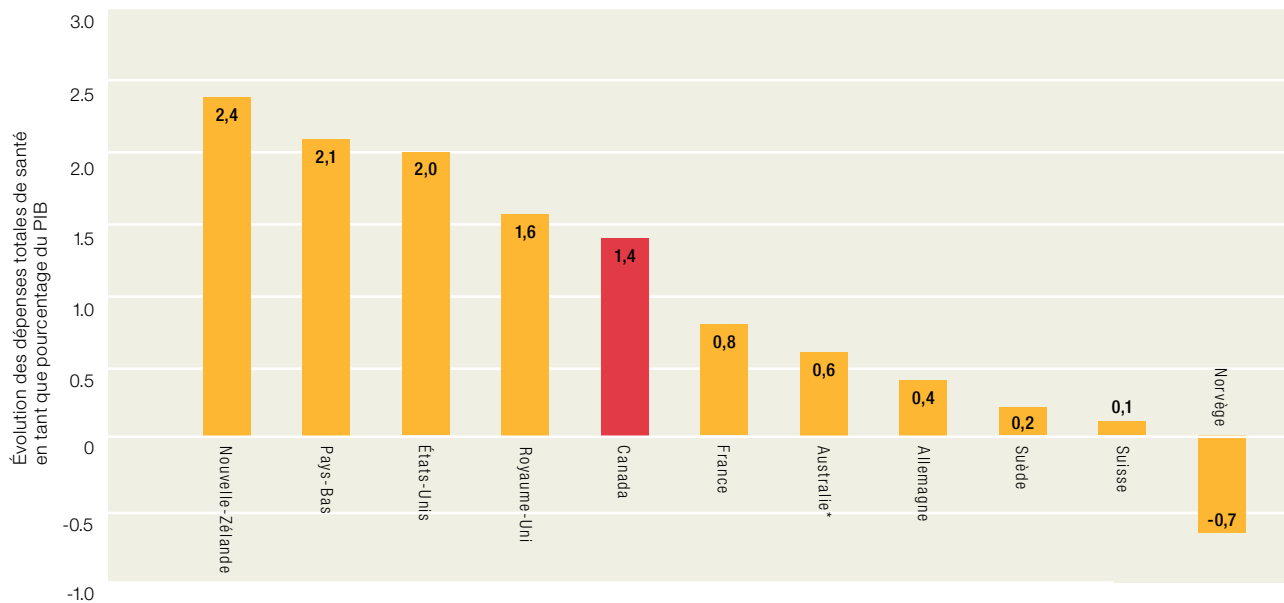
On sait que 76 % des Canadiens estiment que la qualité des soins donnés par leur médecin de soins primaires est excellente ou très bonne. En revanche, les perceptions des Canadiens qui utilisent fréquemment le système de santé sont beaucoup moins favorables. Seuls 48 % des patients atteints de maladies chroniques multiples (qui sont généralement des utilisateurs réguliers du système de santé) considèrent que les soins qu'ils obtiennent sont excellents ou très bons^{53, 54}.

Les réformes effectuées dans le secteur des soins de santé primaires au cours de la dernière décennie ont mené à la mise en place de plus d'équipes interdisciplinaires et de nouveaux modèles de gestion et de coordination des soins pour maladies chroniques. Toutefois, bien que la plupart des Canadiens aient un médecin de soins primaires, plus de la moitié ne peuvent toujours pas obtenir de rendez-vous le jour même ou le lendemain, et leur recours aux urgences des hôpitaux est élevé comparativement à ce qui se passe dans 10 autres pays à haut revenu^{19, 53, 55, 56}.

Les investissements dans l'équipement de diagnostic ont permis d'augmenter considérablement le nombre d'appareils de tomodensitométrie (TDM) informatisée et d'imagerie par résonance magnétique (IRM) au Canada. Le nombre de ces examens a presque doublé de 2003-2004 à 2009-2010. Néanmoins, on ne dispose que de preuves restreintes pour guider une utilisation judicieuse de la technologie d'imagerie

Figure 1. Évolution des dépenses totales de santé de 2003 à 2011 en tant que pourcentage du produit intérieur brut (PIB) : comparaisons internationales

Depuis 2003, la plupart des pays à haut revenu, dont le Canada, consacrent une plus grande partie de leur PIB aux soins de santé.



Source : OECD.StatExtracts (2013).¹⁷

Note : *données de l'Australie de 2003 et de 2010

médicale et les études révèlent de grands écarts d'application, découlant souvent de facteurs comme la demande des patients⁵⁷⁻⁵⁹.

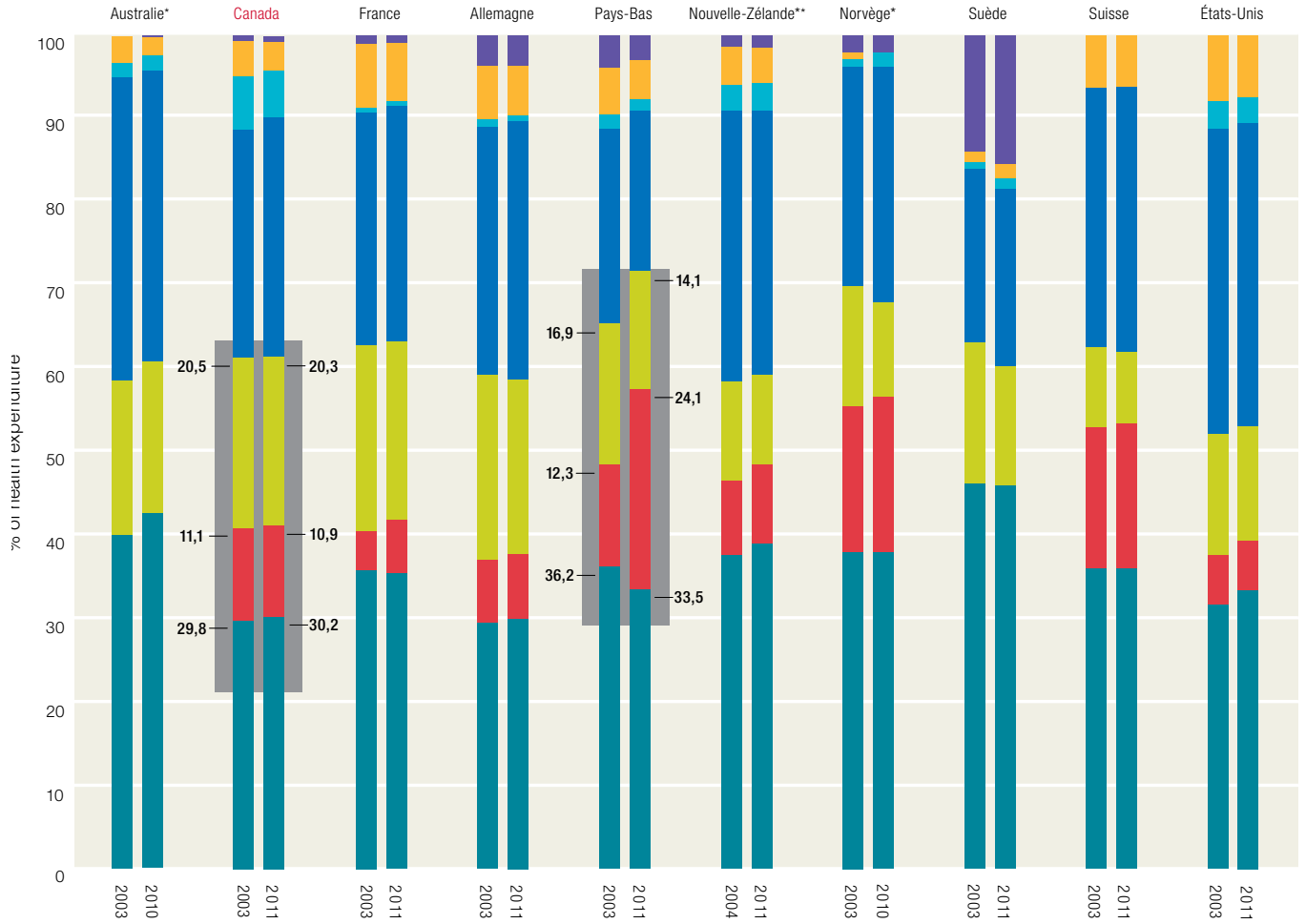
Les temps d'attente pour les interventions considérées comme prioritaires dans les accords sur la santé, comme les arthroplasties de la hanche et du genou, se sont améliorés au cours de la dernière décennie. Toutefois, la plus grande partie des progrès se sont faits durant les premières années des accords sur la santé. En fait, depuis 2009, la progression s'est arrêtée et le pourcentage des patients qui obtiennent des soins conformément à certains des repères établis décroît actuellement dans plusieurs provinces. Ceci est en partie dû à la demande grandissante pour certaines interventions médicales, ce qui crée des pressions supplémentaires d'accès⁶⁰.

En outre, selon les données du sondage du Fonds du Commonwealth, un Canadien sur dix déclare ne pas avoir fait exécuter une ordonnance ou avoir sauté des doses de médicaments en raison des coûts. Cette situation se produit en dépit des efforts faits au Canada au cours de la dernière décennie pour élargir la couverture d'assurance-médicaments et diminuer le prix des médicaments d'ordonnance et des médicaments génériques^{53, 61}.

Un examen de plusieurs indicateurs des soins offerts aux patients au Canada durant la dernière décennie montre peu d'améliorations significatives et le rendement du Canada, comparé à celui d'autres pays à haut revenu, vient fréquemment aux derniers rangs du classement (Tableau 1).

Figure 2. Répartition des dépenses liées à la santé en 2003 et 2011 : comparaisons internationales

Comme dans la plupart des autres pays à haut revenu, le schéma des dépenses de santé au Canada a peu changé au cours de la dernière décennie. Pendant cette même période, les Pays-Bas représentaient une exception importante, avec des changements considérables dans les dépenses de santé.



- Hôpitaux
- Établissements de soins de longue durée
- Produits pharmaceutiques/fournitures médicales/équipement
- Prestataires de soins primaires, ambulatoires et autres
- Services de santé publique
- Administration de la santé
- Autre

Source : OECD.StatExtracts (2013).¹⁷

Notes : *données de l'Australie et de la Norvège de 2003 et de 2010;

**données de la Nouvelle-Zélande de 2004 et de 2011.

TABLEAU 1
Changements dans les soins reçus par les Canadiens au cours
de la dernière décennie et classement international du Canada^v

MESURE DES SOINS AUX PATIENTS	CHANGEMENTS DANS LES SOINS REÇUS PAR LES CANADIENS AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE	CLASSEMENT DU CANADA PARMIS LES PAYS À HAUT REVENU
Perceptions des soins	En 2004, 70 % des Canadiens considéraient que la qualité des soins médicaux donnés par leur médecin de soins primaires était excellente ou très bonne. En 2010, ce pourcentage avait augmenté, atteignant 76 % ⁵³ .	Avec un résultat de 76 %, le Canada vient au troisième rang de 11 pays (ex æquo avec l'Australie) pour la qualité des soins médicaux, jugée excellente ou très bonne. (Première place : Nouvelle-Zélande, 84 %; dernière place : Allemagne, 50 %) ⁵³
Soins hospitaliers	En 2003, 5,6 % des patients canadiens sont décédés à l'hôpital dans les 30 jours qui ont suivi leur admission en raison d'une crise cardiaque. Ce pourcentage s'est amélioré, atteignant 3,9 % en 2009 ¹⁷ .	Avec un résultat de 3,9 %, le Canada vient au quatrième rang de 6 pays pour les décès à l'hôpital dans un délai de 30 jours suivant l'admission en raison d'une crise cardiaque. (Première place : Norvège, 2,5 %; dernière place : Allemagne, 6,8 %) ¹⁷ .
Possibilité d'obtenir un rendez-vous le jour même/le lendemain	En 2006, au Canada, seuls 48 % des médecins de soins primaires ont déclaré que la plupart de leurs patients pouvaient obtenir sur demande un rendez-vous le jour même ou le lendemain. Ce pourcentage est passé à 47 % en 2012 ¹⁹ .	Avec un résultat de 47 %, le Canada vient au dernier rang de 10 pays pour la possibilité d'obtenir un rendez-vous le jour même ou le lendemain auprès d'un médecin de soins primaires. (Première place : France, 95 %; dernière place : Canada, 47 %) ¹⁹ .
Soins après les heures de service	En 2006, au Canada, seuls 47 % des médecins de soins primaires ont déclaré avoir pris des mesures pour que leurs patients puissent consulter un médecin ou une infirmière après les heures de service, sans devoir se rendre aux urgences dans un hôpital. Ce pourcentage est passé à 46 % en 2012 ¹⁹ .	Avec un résultat de 46 %, le Canada vient au neuvième rang de 10 pays pour les dispositions prises afin d'assurer des soins en dehors des heures de service. (Première place : Royaume-Uni et Pays-Bas, 95 %; dernière place : États-Unis, 35 %) ¹⁹ .
Accès à une intervention chirurgicale urgente	En 2005, 33 % des Canadiens ont déclaré avoir attendu quatre mois ou plus pour une intervention chirurgicale urgente, contre 25 % des Canadiens en 2010 ²⁰ .	Avec un résultat de 25 %, le Canada vient au dernier rang de 11 pays pour le pourcentage des patients qui ont dû attendre plus de quatre mois pour une intervention chirurgicale urgente. (Première place : Allemagne, 0 %; dernière place : Canada, 25 %) ²⁰ .
Accès aux médicaments	Le pourcentage des Canadiens qui ont déclaré ne pas avoir fait exécuter une ordonnance ou avoir sauté des doses de médicaments en raison du coût était de 9 % en 2004 et de 10 % en 2010 ⁵³ .	Avec un résultat de 10 %, le Canada vient au neuvième rang de 11 pays pour le pourcentage des patients qui n'ont pas fait exécuter une ordonnance ou qui ont sauté des doses de médicaments en raison du coût. (Première place : Royaume-Uni, 2 %; dernière place : États-Unis, 21 %) ⁵³ .
Disponibilité des dossiers médicaux	En 2004, 14 % des patients canadiens ont déclaré que les résultats de leurs examens médicaux ou leurs dossiers médicaux n'étaient pas disponibles lors de leur rendez-vous médical, contre 12 % des patients en 2010 ⁵³ .	Avec un résultat de 12 %, le Canada vient au dixième rang de 11 pays pour la non-disponibilité des résultats des examens et des dossiers médicaux lors d'un rendez-vous médical. (Première place : Suisse, France et Allemagne, 8 %; dernière place : États-Unis, 16 %) ⁵³ .
Partage de l'information	En 2004, 58 % des patients canadiens ont déclaré que leurs médecins et le personnel de leur lieu habituel de traitement semblaient informés des soins qu'ils avaient reçus aux urgences. En 2010, ce pourcentage a augmenté, atteignant 65 % ⁵³ .	Avec un résultat de 65 %, le Canada vient au septième rang de 11 pays (ex æquo avec l'Allemagne) pour le partage de l'information entre les services d'urgence et les médecins de famille. (Première place : Suisse et Nouvelle-Zélande, 76 %; dernière place : Suède, 52 %) ⁵³ .
Utilisation des dossiers médicaux électroniques (DME)	Le pourcentage des médecins canadiens de soins primaires qui ont déclaré utiliser les DME a augmenté, passant de 23 % en 2006 à 57 % en 2012 ¹⁹ .	Avec un résultat de 57 %, le Canada vient au neuvième rang de 10 pays pour l'utilisation des DME par les médecins. (Première place : Norvège, 100 %; dernière place : Suisse, 41 %) ¹⁹ .

^{v/} Le Tableau 1 présente les données de 2003 et de 2012, ou des années les plus proches pour lesquelles des statistiques étaient disponibles.

TABLEAU 2
Changements dans les résultats de santé des Canadiens au cours
de la dernière décennie et classement international du Canada^{vi}

MESURE DES RÉSULTATS/ DE L'ÉTAT DE SANTÉ	CHANGEMENTS DANS LES RÉSULTATS DE SANTÉ DES CANADIENS AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE	CLASSEMENT DU CANADA PARI MI LES PAYS À HAUT REVENU
Espérance de vie	L'espérance de vie du Canadien moyen a augmenté, passant de 79,7 ans en 2003 à 81,0 ans en 2009 ¹⁷ .	Avec un résultat de 81,0 ans, le Canada vient au cinquième rang de 11 pays pour l'espérance de vie (ex æquo avec la Norvège). (Première place : Suisse, 82,3 ans; dernière place : États-Unis, 78,5 ans) ¹⁷ .
Prévalence des maladies chroniques multiples^{vii}	En 2007, 26 % des Canadiens ont déclaré avoir deux maladies chroniques ou plus. En 2010, ce pourcentage a augmenté, atteignant 31 % ^{18, 63} .	Avec un résultat de 31 %, le Canada vient au septième rang de 11 pays pour le pourcentage des personnes atteintes de maladies chroniques multiples. (Première place : Royaume-Uni, 21 %; dernière place : États-Unis, 41 %) ¹⁸ .
Mortalité due au cancer	En 2003, 239 Canadiens sur 100 000 sont morts du cancer. En 2009, ce chiffre avait chuté à 218 pour 100 000 ¹⁷ .	Avec 218 morts pour 100 000 habitants, le Canada vient au septième rang de 11 pays pour la mortalité due au cancer. (Première place : Suisse, 188 pour 100 000; dernière place : Pays-Bas, 246 pour 100 000) ¹⁷ .
Mortalité due aux maladies cardiovasculaires	En 2003, 275 Canadiens sur 100 000 sont morts de maladies cardiovasculaires. En 2009, ce chiffre avait chuté à 207 pour 100 000 ¹⁷ .	Avec 207 morts pour 100 000 habitants, le Canada vient au deuxième rang de 11 pays pour la mortalité due aux maladies cardiovasculaires. (Première place : France, 185 pour 100 000; dernière place : Allemagne, 342 pour 100 000) ¹⁷ .
Obésité^{viii}	Le pourcentage des adultes obèses a augmenté au Canada, passant de 15 % en 2003 à 18 % en 2010 ¹⁷ .	Avec un taux d'obésité de 18 %, le Canada vient au quatrième rang de cinq pays. (Première place : Suède et Pays-Bas, 11 %; dernière place : États-Unis, 28 %) ¹⁷ .
Inactivité physique^{ix}	Selon la définition de l'activité physique donnée par Statistique Canada, 48 % des Canadiens étaient considérés comme physiquement inactifs durant leurs heures de loisirs en 2003, comparativement à 46 % en 2012 ⁶⁴ .	Selon la définition de l'activité physique donnée par l'Organisation mondiale de la Santé, 34 % des Canadiens étaient considérés comme insuffisamment actifs en 2008. Le Canada venait au quatrième rang de 10 pays. (Première place : Pays-Bas, 18 %; dernière place, Royaume-Uni, 63 %) ⁶⁵ .
Consommation de tabac^{ix}	Le pourcentage des Canadiens âgés de 15 ans et plus qui ont dit être fumeurs a baissé, passant de 19 % en 2003 à 16 % en 2010 ¹⁷ .	Avec un taux de consommation du tabac de 16 %, le Canada venait au quatrième rang de 8 pays. (Première place : Suède, 14 %; dernière place : France, 23 %) ¹⁷ .

vi/ Le Tableau 2 présente les données de 2003 et de 2012, ou des années les plus proches pour lesquelles des statistiques étaient disponibles.

vii/ Le sondage a demandé aux répondants lesquelles des maladies chroniques suivantes ils avaient, le cas échéant : arthrite, asthme, cancer, dépression, anxiété ou autres problèmes de santé mentale, diabète, maladie du cœur, hypertension et taux de cholestérol élevé.

viii/ Le taux d'obésité est calculé à partir de données autodéclarées sur le poids et la taille.

ix/ L'inactivité physique et la consommation de tabac sont calculées en fonction de données autodéclarées.

ÉVALUATION DES RÉPERCUSSIONS : LA SANTÉ DES CANADIENS

L'objectif premier des accords sur la santé était d'améliorer la qualité des soins donnés aux Canadiens. Toutefois, pour pleinement évaluer les répercussions de ces accords et des investissements qui ont été faits dans leur foulée, nous devons considérer des facteurs autres que les « soins » de santé et nous demander si la « santé » des Canadiens s'est améliorée.

Depuis longtemps, on s'entend à reconnaître qu'un bon état de santé est lié à une vaste gamme de facteurs dont beaucoup ne relèvent pas du système de santé. Généralement appelés déterminants sociaux de la santé, ces facteurs comprennent le revenu du foyer, le niveau d'éducation, les réseaux de parents et d'amis, la sécurité et la qualité de l'hébergement et de la communauté, le sexe, la race et le groupe culturel⁶⁶. Il est donc difficile d'isoler et d'évaluer les rapports entre les investissements et les résultats de santé³¹. Cependant, nous pouvons déterminer si la santé des Canadiens s'est améliorée au cours de la dernière décennie. Sur ce point, les données montrent que nous n'avons pas atteint les résultats que nous aurions dû obtenir.

L'espérance de vie s'est légèrement améliorée. Mais les maladies chroniques comme le diabète gagnent du terrain et le pourcentage des Canadiens qui déclarent avoir deux maladies chroniques ou plus a augmenté — passant de 26 % en 2007 à 31 % en 2010 (Tableau 2).

Des facteurs liés au style de vie, comme l'obésité, l'inactivité physique et la consommation de tabac jouent un rôle critique dans l'état de santé et dans la prévention et la gestion des maladies chroniques. Or les progrès restent minimaux, malgré les engagements pris depuis 10 ans pour améliorer les initiatives de vie saine, les soins primaires et les programmes pour les maladies chroniques². Alors que les pourcentages d'inactivité physique et de consommation de tabac ont légèrement baissé, le pourcentage d'obésité chez les Canadiens adultes a augmenté (Tableau 2).

Le manque d'améliorations significatives au cours de la dernière décennie se manifeste aussi dans le classement international du Canada. Le plus souvent, le Canada se situe dans la médiane comparativement aux autres pays à haut revenu pour plusieurs mesures de l'état de santé et des résultats de santé (Tableau 2).

ÉVALUATION DES RÉPERCUSSIONS : INIQUITÉS DES SOINS ET DE LA SANTÉ

L'équité est un principe fondamental de la perception qu'ont les Canadiens de leur système de soins de santé. Ce principe est ancré dans la *Loi canadienne sur la santé* et le rapport Romanow en a fait l'un de ses thèmes dominants. L'équité était aussi l'un des objectifs principaux des accords sur la santé. Ces accords ont tout particulièrement souligné la nécessité d'améliorer l'accès aux soins de santé dont les Canadiens ont besoin, quand ils en ont besoin, peu importe leur lieu de résidence et leurs moyens financiers^{1, 2, 15, 49}.

Toutefois, en dépit d'investissements importants, des disparités subsistent en matière de santé. Ainsi, l'accès aux médicaments de soins primaires et aux services de soins à domicile varie entre les provinces et les territoires. De plus, les pourcentages de maladies chroniques diffèrent entre les différentes parties du pays^{19, 67-69}. Les exemples d'iniquités donnés ci-dessous soulignent l'incidence grandissante du lieu de résidence sur les soins de santé :

- En 2009, 93 % des habitants de la Nouvelle-Écosse avaient accès à un médecin habituel, comparativement à 74 % des habitants du Québec⁷⁰.
- En 2009, 8,1 % des habitants de Terre-Neuve-et-Labrador souffraient du diabète, soit presque le double du pourcentage (4,2 %) des habitants du Yukon⁷⁰.
- En 2010^x, les gens du troisième âge qui bénéficiaient de soins à domicile en Ontario pouvaient plus probablement recevoir des soins d'un préposé au soutien de la personne (69 %) que les gens du troisième âge au Yukon (55 %) ou ceux relevant de la Northern Health Authority en Colombie-Britannique (50 %)⁶⁷.
- En 2011, 8,3 % des adolescents de 15 à 19 ans en Alberta étaient fumeurs, contre 19,8 % des adolescents en Saskatchewan⁷¹.

x/ Les données de 2010 sur les services de soins à domicile n'étaient disponibles que pour l'Ontario, le Yukon et la Northern Health Authority en Colombie-Britannique.

L'équité est un principe fondamental de la perception qu'ont les Canadiens de leur système de soins de santé.

- En 2012, 84 % des habitants de l'Ontario qui attendaient une arthroplastie du genou ont obtenu une intervention conformément au repère pancanadien de 26 semaines, contre 35 % seulement des habitants de l'Île-du-Prince-Édouard⁶⁰.
- En 2012, 62 % des médecins de soins primaires en Colombie-Britannique ont déclaré que la plupart de leurs patients pouvaient obtenir un rendez-vous le jour même ou le lendemain. Au Québec, ce pourcentage était de 22 %¹⁹.
- En 2012, 36 % des habitants du Québec pensaient avoir plus facilement accès aux médicaments que cinq ans auparavant. Dans les provinces de l'Atlantique, seuls 22 % des résidents considéraient que c'était le cas⁷².

Des facteurs autres que la géographie contribuent aussi aux iniquités en matière de santé au Canada. Malgré des investissements et des efforts importants pour améliorer la santé des Autochtones, des disparités flagrantes d'état de santé subsistent entre les Canadiens autochtones et l'ensemble de la population canadienne. Par exemple, une étude menée par Statistique Canada auprès des Métis, des Inuits et des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves a montré des taux plus élevés de maladies chroniques, de consommation de tabac, d'obésité et d'insécurité alimentaire parmi eux que parmi les Canadiens non autochtones⁷³⁻⁷⁶.

Des facteurs socioéconomiques comme le niveau de revenu et d'instruction contribuent également aux iniquités en matière de santé. Les Canadiens qui disposent de plus hauts revenus et qui sont mieux instruits ont une espérance de vie plus élevée, sont moins susceptibles de souffrir de maladies chroniques comme le diabète, et disent avoir un meilleur état général de santé que les Canadiens moins aisés et moins instruits^{70, 77}.

Alors que les accords sur la santé s'étaient notamment donné pour objectif de lutter contre les iniquités en matière de santé, de nombreuses disparités subsistent après une décennie de réforme des soins de santé.

TOURNER LA PAGE SUR UNE DÉCENNIE DE RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ

Comment résumer au mieux une décennie dont l'objectif était de réformer les soins de santé? En 2003 et 2004, l'*Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé* et le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* ont proposé une solution directe aux problèmes du système canadien de santé : investir plus d'argent pour payer plus de soins de santé.

L'augmentation résultante de capacité et de services a permis d'aborder certains problèmes urgents. Ainsi, les temps d'attente pour plusieurs types d'interventions chirurgicales ont diminué, diverses réformes de soins primaires ont été mises en œuvre, et l'utilisation des dossiers médicaux électroniques par les médecins s'est accrue^{19, 55, 60}. En revanche, aucun des changements survenus durant les 10 dernières années n'a transformé le système canadien de santé pour faire de lui un système hautement performant. Bien que le Canada se classe parmi les pays qui dépensent le plus en soins de santé³, il reste souvent en mauvaise place par rapport aux autres pays à haut revenu en ce qui concerne l'expérience des soins vécue par les patients. Chose plus importante encore, la santé des Canadiens ne s'est que légèrement améliorée au cours de la dernière décennie—et ce manque de progrès est décevant vu l'importance des investissements que nous avons faits dans le système de santé. Comparativement aux autres pays à haut revenu, notre performance quant à l'état de santé et aux résultats de santé n'est guère impressionnante. En outre, les disparités et les iniquités subsistent partout au pays.

Par ailleurs, les changements apportés au système de santé n'ont pas évolué au même rythme que les besoins de notre population. Les soins hospitaliers continuent d'accaparer la plus grande partie des dépenses de santé au Canada, malgré la nécessité grandissante d'une meilleure prévention et d'une meilleure gestion des maladies chroniques, d'une amélioration des soins primaires et d'une expansion des services à domicile pour répondre aux attentes d'une société vieillissante. Les dépenses en médicaments restent élevées, en dépit des actions de concertation des provinces sur le prix des médicaments. De plus, les ressources humaines de la santé continuent d'absorber un fort pourcentage des dollars que nous consacrons à la santé^{3, 26, 29, 55, 78}.

Enfin, le problème de la durabilité du système subsiste. Certains ont observé que notre système de santé est maître dans l'art de garder de mauvaises idées⁷⁹. À cet égard, nous devons nous demander sérieusement et collectivement quelle sorte de système de santé nous voulons préserver. Les Canadiens devraient-ils se satisfaire des réformes et de l'orientation des investissements de santé de la dernière décennie? En un mot, la réponse est non. Mais alors, comment atteindre de meilleurs résultats au cours de la prochaine décennie? Que devons-nous faire différemment?



CHAPITRE DEUX

**Leçons tirées de « l'approche »
des accords sur la santé****En 2003 et 2004, les premiers ministres du Canada se sont réunis pour adopter un programme commun : procéder à une réforme des soins de santé. Ensemble, ils ont discuté et documenté des priorités communes, déterminé des engagements et conclu des ententes de financement et de rapports^{1,2}.**

L'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, de 2003, et le Plan décennal pour consolider les soins de santé, de 2004, qui ont résulté de ces rencontres ont donné aux gouvernements, aux organismes et aux prestataires de soins de santé de nouvelles possibilités d'améliorer les soins de santé dans des secteurs prioritaires convenus entre les premiers ministres. De plus, les accords sur la santé ont souligné la nécessité de mieux mesurer le rendement du système de santé partout au pays^{1,2}. Cependant, 10 ans d'investissements et de réformes n'ont entraîné que des améliorations modestes sur le plan de la santé et des soins de santé, et une promesse de changements transformateurs n'a pas été tenue.

En revanche, l'expérience de la dernière décennie a permis de tirer de précieuses leçons sur les meilleurs moyens de parvenir à un système de santé plus performant. Pour progresser en ce sens, nous devons considérer ce qui a donné de bons résultats, et ce que nous aurions pu et dû faire différemment. Que serait une approche idéale à la transformation de notre système de santé? Comment les différents paliers de gouvernement peuvent-ils collaborer plus efficacement pour parvenir à un meilleur rendement?

**LES SOINS DE SANTÉ AU CANADA :
UN CONTEXTE EXIGEANT**

Il n'y a pas de réponse facile à ces questions. Le Canada est une fédération complexe, surtout en ce qui concerne les soins de santé et tout plan adopté pour les réformer. Nous n'avons pas qu'un système de santé : la responsabilité des soins de santé relève de 14 gouvernements différents — fédéral, provinciaux et territoriaux — et le rôle des modèles autochtones de gouvernance continue de croître. Ajoutons à cela que ces systèmes de santé s'inscrivent dans différents contextes géographiques, démographiques, économiques, sociaux et politiques, comme le montrent les exemples suivants :

- Le nombre d'habitants en Ontario est de plus de 90 fois supérieur à celui de l'Île-du-Prince-Édouard⁸⁰.
- La population de la Nouvelle-Écosse et celle de la Saskatchewan sont de taille similaire, mais la densité de la population en Saskatchewan équivaut à environ un dixième de celle de la Nouvelle-Écosse⁸⁰.
- Au Nunavut, seulement 3 % de la population appartient au troisième âge (65 ans et plus), contre près de 17 % en Nouvelle-Écosse⁸¹.
- En Alberta, le PIB par habitant est presque le double de celui de l'Île-du-Prince-Édouard⁸².
- En raison de ses responsabilités envers les Canadiens autochtones, le personnel militaire et certains autres groupes, le gouvernement fédéral gère les soins de santé d'une population comparable par sa taille à celle du Manitoba⁸³.

Certes, des principes et des facteurs importants rassemblent les divers gouvernements autour de la question des soins de santé, dont la *Loi canadienne sur la santé* et les transferts financiers fédéraux, mais la plus grande partie de ce que nous appelons le système « canadien » de santé est en fait une association informelle de systèmes autonomes et distincts. Les Canadiens ne peuvent donc pas présumer que les soins offerts seront les mêmes partout au pays. Nos gouvernements reconnaissent cette réalité — ils ont exprimé le souhait de partager leur expérience et d'apprendre les uns des autres — mais les mécanismes efficaces requis pour appuyer une collaboration pancanadienne en matière de santé posent depuis longtemps des défis. Le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé, qui relève du Conseil de la fédération, est un exemple des tentatives faites récemment pour favoriser ce type de collaboration²⁹.

Depuis 2003, un certain nombre d'organismes ont été créés, ou ont évolué, pour appuyer et renforcer la poursuite d'objectifs communs de soins de santé à l'échelle pancanadienne. Par le biais de différents mécanismes et moyens de financement, des organismes comme l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, la Société canadienne du sang, l'Institut canadien d'information sur la santé, le Partenariat canadien contre le cancer, l'Institut canadien pour la sécurité des patients et la Commission de la santé mentale du Canada, accomplissent divers progrès en assurant un rôle de leadership pancanadien dans leurs secteurs de compétences⁸⁴⁻⁹⁴.

Économiquement, la situation a beaucoup changé durant les 10 années qui ont suivi la signature des accords sur la santé. Le début des années 2000 a été une période de force économique et d'excédent budgétaire, ce qui a permis de nouveaux investissements dans les soins de santé, après des années de restrictions budgétaires. En 2013, alors que le Canada sort lentement d'une récession économique mondiale, tous s'accordent à dire qu'il faudra mieux rentabiliser les activités, avec des ressources limitées. L'urgence est aussi devenue plus grande de s'attaquer aux problèmes de soins préventifs, de soins à domicile et de gestion des maladies chroniques, tout en intégrant mieux les services au sein des différents secteurs et parmi eux en s'appuyant sur un modèle de soins axés sur le patient^{35, 37}.

Ces défis devront être relevés en grande partie par les provinces et les territoires. Le rôle du gouvernement fédéral dans l'évolution du système de santé est beaucoup moins évident actuellement qu'il ne l'était il y a 10 ans. Cette réalité se traduit dans les formules de financement qui seront utilisées à la fin des accords sur la santé — les provinces et les territoires garderont la latitude dont ils disposent pour dépenser les fonds de santé, avec leurs obligations limitées d'en rendre compte^{35, 95}.

Alors, comment devrions-nous procéder?

Le rôle du gouvernement fédéral dans l'évolution du système de santé est beaucoup moins évident actuellement qu'il ne l'était il y a 10 ans.

Il faut au Canada une vision commune d'un système de santé hautement performant et d'une approche judicieuse pour y parvenir. Cette vision et cette approche doivent non seulement être suffisamment spécifiques pour guider les divers paliers de gouvernement, les organismes et les prestataires de soins de santé chargés de planifier, de gérer et d'offrir des soins, mais aussi être assez souples pour tenir compte des réalités structurelles et contextuelles du système « canadien » de santé.

DÉTERMINER DES OBJECTIFS CLAIRS ET ÉQUILIBRÉS

Si nous avons une leçon à tirer des efforts de la dernière décennie, c'est celle-ci : il ne suffit pas de s'attaquer aux composantes individuelles du système de santé. Une transformation plus vaste, mieux équilibrée, du système est requise—qui repose sur une vision partagée d'un système de santé hautement performant et d'objectifs systémiques explicites. Certes, les accords sur la santé déterminaient les secteurs et les changements prioritaires fondamentaux de la prestation des soins de santé pour améliorer la qualité, l'accessibilité et la durabilité du système, mais une vision claire et un ensemble d'objectifs équilibrés faisaient défaut.

Des objectifs systémiques décrivent les résultats que nous voulons atteindre, et non pas les processus qui peuvent nous y mener. Ils nous aident à rester centrés sur une vision d'ensemble, et à ne pas nous perdre dans les détails des changements. Ils nous rappellent pourquoi nous procédons à une transformation, et pourquoi celle-ci en vaut la peine.

Des objectifs systémiques équilibrés permettent d'instaurer une approche exhaustive pour aborder toutes les composantes du système de santé. L'une des principales limitations des accords sur la santé était qu'ils visaient une courte liste de priorités précises, au sein du vaste système de santé. Cette approche focalisée ne définissait pas explicitement les répercussions souhaitées des changements sur la santé globale des Canadiens, et n'envisageait pas si ces priorités précises auraient des retombées indésirables dans d'autres secteurs.

Depuis que les accords sur la santé ont été mis en œuvre, une attention plus grande a été généralement accordée à la nécessité d'établir des objectifs clairs et équilibrés pour les organismes et les systèmes de soins de santé. Ainsi, l'Institute for Healthcare Improvement aux États-Unis fait la promotion de ce cadre d'action *Triple Aim* pour guider les initiatives d'amélioration de la qualité. Ce cadre donne trois objectifs clairs et interreliés pour améliorer le rendement d'un organisme de soins de santé : 1) améliorer la santé des populations, 2) améliorer l'expérience personnelle des soins, et 3) réduire le coût des soins par habitant^{4,5,96}.

Depuis quelques années, plusieurs instances et organisations au Canada élargissent le plan d'action *Triple Aim* d'un niveau organisationnel à un niveau systémique⁸⁻¹⁰. Ainsi, en 2011, l'Association médicale canadienne et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada ont établi des principes de transformation du système de santé, à partir de ce cadre d'action¹⁴. Diverses provinces ont aussi adapté ce cadre à leurs propres besoins^{7,11-13,97,98}. Par exemple, un rapport de 2002 fait à la demande du ministre de la Santé de l'Alberta pour guider la mise en œuvre des interventions de soins primaires dans sa province a recommandé de viser ces trois buts : meilleure santé, meilleurs soins et meilleure valeur⁹⁸. Dans son plan stratégique de 2013-2014, le ministère de la Santé de la Saskatchewan a ajouté un quatrième objectif : « meilleures équipes ». Et le Plan stratégique 2012 de Qualité des services de santé Ontario a résumé le but de *Triple Aim* en ces mots : « meilleure santé, meilleurs soins et meilleure valeur »⁷.

Triple Aim trouve un écho auprès des décideurs de politiques du secteur de la santé au Canada, et le Conseil canadien de la santé appuie son application en tant que point de départ pour guider la poursuite de l'objectif d'un système de santé hautement performant au Canada. Le Conseil de la santé définit ainsi les trois objectifs.

- **Meilleure santé**— Fait référence à la santé globale des Canadiens, entre autres à notre durée de vie, à nos activités liées à notre mode de vie (p. ex., consommation de tabac, exercice), à nos maladies chroniques le cas échéant (p. ex., diabète, hypertension ou troubles mentaux), et à notre qualité de vie.
- **Meilleurs soins**— Fait référence à l'expérience des soins vécue par le patient et par le prestataire (p. ex., accès, satisfaction, participation, continuité) et à la qualité des soins (p. ex., efficaces, sûrs, accessibles, intégrés).
- **Meilleure valeur**— Fait référence à la rentabilité des ressources investies dans les soins de santé (p. ex., optimiser les dépenses de santé, sans compromettre la qualité des soins). Cet objectif comprend entre autres le souci de l'efficacité (p. ex., réduire les pertes/les doubles emplois, améliorer la gestion et les processus) et de la pertinence (p. ex., obtenir les soins voulus, dans le contexte voulu, au moment voulu, réduire la surutilisation des services, et suivre les directives de pratiques cliniques)^{6,7,9}.

Ces objectifs sont implicitement intégrés à de nombreuses initiatives conçues pour améliorer les soins de santé et ils sous-tendent les priorités définies dans les accords sur la santé. Mais les énoncer de manière explicite permet de clarifier le but de toutes les activités du système de santé et d'orienter les actions vers une vision commune.

Il est important de souligner que ces objectifs sont interdépendants et doivent être poursuivis simultanément — il ne faut pas tenter d'atteindre l'un aux dépens de l'autre⁵. En comparaison, les accords sur la santé ont principalement visé « de meilleurs soins » aux dépens d'efforts pour améliorer la santé et le rapport qualité-prix. Cela a créé un déséquilibre. Par exemple, les 10 années d'activités centrées sur la réduction des temps d'attente ont mené à une amélioration de l'accès aux soins. Mais nous ignorons si nos investissements ont permis d'améliorer la santé globale des Canadiens et leur expérience personnelle des soins, ou si ces fonds auraient pu être mieux utilisés ailleurs dans le système. En d'autres termes, si nous pouvions revenir en arrière, notre orientation ferait-elle une plus grande place à la santé et à la valeur?

RENFORCER TRIPLE AIM :

GARANTIR L'ÉQUITÉ

L'une des cibles principales du cadre d'action *Triple Aim* est la poursuite simultanée de ces trois objectifs, mais l'équité n'est pas un objectif central.

L'équité a été ainsi définie : « ... absence de disparités systématiques en matière de santé (ou dans les déterminants sociaux majeurs de la santé) entre des groupes sociaux ayant différents niveaux sous-jacents d'avantages/ de désavantages sociaux⁹⁹... ».

Une approche équilibrée en vue d'un système de santé hautement performant permettra en fin de compte d'atteindre les objectifs de meilleure santé, meilleurs soins et meilleure valeur pour tous les Canadiens.

Le cadre *Triple Aim* a évolué au sein du système américain de santé— contexte très différent de celui du système canadien de santé où l'équité est un principe fondamental. En fait, le contexte politique canadien exige de nos gouvernements et des dirigeants de notre système de santé qu'ils trouvent les moyens de garantir l'équité au sein des provinces et des territoires, ainsi qu'entre ces instances.

Le Conseil canadien de la santé croit donc que le cadre original *Triple Aim* ne reflète pas adéquatement l'importance de l'équité pour les Canadiens, ni le souci de l'équité qu'ont de nombreux ministères et conseils de la qualité de la santé¹⁰⁰⁻¹⁰². Le Conseil canadien de la santé considère l'équité comme un objectif complémentaire et prééminent. Nous considérons qu'une approche équilibrée en vue d'un système de santé hautement performant permettra en fin de compte d'atteindre les objectifs de meilleure santé, meilleurs soins et meilleure valeur pour *tous* les Canadiens.

APPUYER ET PRÉSERVER LES CATALYSEURS PRINCIPAUX

Bien que le Conseil canadien de la santé considère que les objectifs de meilleure santé, meilleurs soins et meilleure valeur pour *tous* les Canadiens constituent une cible appropriée pour la transformation de notre système de santé partout au pays, il ne suffira pas de poursuivre des objectifs équilibrés. La création d'un « environnement propice » est aussi reconnue comme un facteur clé de la transformation²⁷.

À partir des entrevues que nous avons menées avec de hauts dirigeants du système de santé pour notre rapport de 2013, intitulé *Quelle voie mène à la qualité?*¹⁰³, et d'évaluations récentes des efforts de réforme du système de santé au Canada et ailleurs dans le monde, nous avons cerné un ensemble constant de catalyseurs principaux qui contribuent au rendement du système de santé^{8, 9, 14, 21, 23-25, 27-30, 33, 104-111}. Ces catalyseurs sont les suivants :

- leadership;
- politiques et lois;
- renforcement des capacités;
- innovation et diffusion;
- mesures et rapports.

Ces cinq catalyseurs (dont l'explication est donnée dans *Définir et comprendre les catalyseurs principaux*, page 24) représentent des concepts complexes et interreliés. Nous fondant sur notre analyse des enseignements tirés des accords sur la santé, nous croyons qu'il faut activement appuyer et préserver ces catalyseurs pour atteindre les objectifs équilibrés.

Définir et comprendre les catalyseurs principaux

Les catalyseurs décrits dans ce rapport sont complexes, interreliés, et ils se prêtent à de nombreuses définitions et interprétations. D'après la documentation et les autres éléments analysés pour ce rapport, nous définissons ainsi ces concepts :

LEADERSHIP

Dans le secteur de la santé, le leadership se manifeste à tous les niveaux, des gouvernements jusqu'aux prestataires de soins de santé. Le leadership est considéré comme une composante critique des systèmes de santé hautement performants. Il peut être décrit de maintes façons. Cependant, notre analyse des progrès accomplis durant les années des accords sur la santé révèle deux types distincts de leadership : leadership systémique à la fois dans la gouvernance et la surveillance qui déterminent l'orientation des politiques et des lois sur la santé, et leadership dans la prestation des soins qui optimise l'organisation et la gestion des ressources disponibles, tout en motivant la recherche et l'innovation dans l'amélioration des approches de prestation des soins^{104, 112, 113}.

Nous considérons que le leadership est le fondement de tous les autres catalyseurs principaux, car il produit et appuie l'élan pour faire progresser les mesures d'action en vue d'atteindre les objectifs du système de santé. Les leaders reconnaissent et gèrent les changements, définissent les rôles, encouragent la collaboration, forment le consensus, offrent une vision, orientent les objectifs et les activités, et mesurent le rendement. Le leadership doit être continu, dynamique, et évoluer en fonction des besoins¹¹⁴⁻¹¹⁷.

POLITIQUES ET LOIS

Les politiques et les lois traduisent les priorités et les intentions d'un gouvernement. Une politique est un énoncé fait par un gouvernement ou un organisme pour déclarer ses intentions d'action. Une loi est un type plus officiel de politique; c'est une règle établie par le Parlement, qui peut aider les gouvernements à axer les composantes du système de santé pour instaurer des changements. Les lois peuvent unifier les engagements envers le changement et donner une vision et des objectifs d'ensemble aux différents intervenants (comme les autorités sanitaires régionales et les hôpitaux). Dans certains cas, les lois fournissent un mécanisme de responsabilisation. La plupart des transformations importantes du système de santé au cours des 50 dernières années ont été liées à des politiques ou des lois majeures^{35, 118, 119}.

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

Le renforcement des capacités désigne toute une gamme d'activités dont l'objectif est d'apporter des changements soutenus. Les activités de renforcement des capacités peuvent inclure l'augmentation des ressources globales et de l'efficacité des ressources existantes.

Les systèmes de santé hautement performants forment les professionnels de la santé et développent leurs compétences pratiques et techniques. Ils visent aussi à inculquer à ces professionnels et aux administrateurs du secteur de la santé des compétences de leadership et de gestion, tout en créant des possibilités de collaboration et de réseautage interdisciplinaires. Le renforcement des capacités consiste aussi à encourager la participation des patients et des communautés à leur santé et à leurs soins, pour faire d'eux des contributeurs actifs plutôt que des bénéficiaires passifs^{36, 104, 120}.

INNOVATION ET DIFFUSION

Dans le secteur de la santé, l'innovation est un terme souvent utilisé pour décrire un processus, un produit, une stratégie ou une approche de pointe. L'innovation fait référence à tout nouveau moyen d'agir qui mène à des avantages supplémentaires. Elle provient d'une recherche formelle ou pratique (c'est-à-dire de la création de connaissances nouvelles), d'une collaboration et d'une diffusion des idées. Le leadership joue un rôle important dans l'appui apporté à l'innovation et à la diffusion, permettant de reconnaître les possibilités de création des connaissances et d'appuyer, de mettre en œuvre, d'évaluer et de partager l'élaboration et l'application de nouvelles approches. Ainsi, de récentes discussions sur la transformation du système de santé au Canada ont considéré des systèmes de santé hautement performants partout ailleurs dans le monde pour trouver des méthodes novatrices de prestation des soins^{27, 104, 116, 121, 122}.

Le Portail de l'innovation en santé du Conseil canadien de la santé est l'un des nouveaux outils émergents qui favorisent la diffusion de l'innovation (conseilcanadiendelasante.ca/innovation).

MESURES ET RAPPORTS

Le rendement du système de santé reflète comment ce système et la prestation des soins parviennent à des objectifs déterminés (normes ou repères). Pour mesurer le rendement, il faut définir des objectifs à partir d'indicateurs pour lesquels des données existent, ou peuvent être saisies; les cibles doivent être axées sur les objectifs à atteindre^{119, 123}. Des données comparables, de haute qualité, obtenues en temps opportun, permettent de mesurer le rendement avec exactitude et de faire des rapports pertinents aux décideurs de politique ainsi qu'au public.

Pour illustrer comment la présence ou l'absence de ces catalyseurs a influé sur les efforts de réforme des soins de santé au Canada durant la dernière décennie, nous évaluons leur rôle dans plusieurs secteurs prioritaires cités dans les deux accords sur la santé.

CATALYSEURS ET RÉDUCTION DES TEMPS D'ATTENTE

Réduire les temps d'attente pour renforcer l'accès aux arthroplasties de la hanche et du genou, aux chirurgies réparatrices des fractures de la hanche, aux pontages aorto-coronariens, aux chirurgies de la cataracte et aux radiothérapies du cancer était l'un des engagements dominants des accords sur la santé, et c'est un objectif envers lequel des progrès ont été effectués au cours des 10 dernières années^{1, 2, 60, 61}. Un examen de cette initiative montre la présence constante des cinq catalyseurs :

Leadership : Grâce à un solide leadership des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, et avec le concours de grands organismes professionnels et pancanadiens, de multiples intervenants du système ont entrepris un processus de concertation pour parvenir à un consensus sur la réduction des temps d'attente. Les gouvernements se sont engagés à renforcer le rendement et la responsabilisation, en se mettant d'accord pour créer des repères, des garanties de temps d'attente pour les patients et des mécanismes de rapports publics à l'échelle pancanadienne^{2, 124, 125}.

Politiques et lois : En vertu du plan décennal, les provinces se sont entendues pour se donner des repères communs de temps d'attente, ainsi que des objectifs pluriannuels propres à chacune des instances pour y arriver. En 2005, des repères probants ont été établis dans cinq secteurs prioritaires. L'élaboration et la mise en œuvre de cette politique fondamentale ont été appuyées par un Fonds pour la réduction des temps d'attente initial de 5,5 milliards de dollars, créé par le gouvernement fédéral en 2004, puis par une Initiative nationale de réduction des temps d'attente adoptée en 2005 pour trois ans, afin d'appuyer la recherche, l'innovation, le développement et la diffusion des connaissances. Puis, le gouvernement fédéral a alloué des fonds supplémentaires, d'un montant supérieur à 1 milliard de dollars, pour aider les provinces et les territoires à établir des garanties dans ce domaine. Ceci a inclus un Fonds de fiducie pour les garanties de délais d'attente, afin d'appuyer les plans de mise en œuvre, ainsi qu'un Fonds des projets pilotes de garanties sur les délais d'attente

pour les patients, afin d'appuyer les projets pilotes novateurs. Le gouvernement fédéral a aussi alloué des fonds à Inforoute Santé du Canada pour renforcer les systèmes d'information sur la santé, afin de faciliter le respect des garanties de temps d'attente. En 2007, toutes les provinces et tous les territoires se sont engagés à adopter une garantie de temps d'attente dans au moins l'un des secteurs prioritaires au plus tard en 2010^{124, 126}.

Renforcement des capacités : Les provinces et les territoires ont entrepris diverses activités de renforcement des capacités pour réduire les temps d'attente, notamment en créant des centres régionaux d'excellence, en se dotant d'établissements et d'équipement, et en engageant et formant du personnel. Conscients de l'insuffisance des ressources humaines en matière de santé dans certaines parties du pays, les provinces ont utilisé des fonds fédéraux pour renforcer le nombre, la diversité et le champ d'activités des professionnels de la santé grâce à diverses initiatives, dont des stratégies de formation interprofessionnelle, de recrutement et de maintien en poste, surtout dans les communautés rurales et éloignées. Les fonds étaient voués à renforcer les capacités de services dans les secteurs des soins ambulatoires et communautaires pour les patients qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers, afin de mieux utiliser les lits pour soins de chirurgie^{2, 21, 127, 128}.

Innovation et diffusion : L'Initiative nationale de réduction des temps d'attente a appuyé de nouvelles approches de la part des provinces et territoires dans des secteurs comme la gestion des files d'attente, les registres centralisés des patients, les voies cliniques et les programmes d'accompagnateurs des patients. L'innovation dans la mise en œuvre des garanties de temps d'attente a été encouragée et appuyée par le Fonds des projets pilotes de garanties sur les délais d'attente pour les patients^{124, 129}.

Mesures et rapports : Les gouvernements se sont engagés à mesurer leurs progrès dans la réduction des temps d'attente et à en faire publiquement rapport. En collaboration avec les provinces, l'ICIS a élaboré une méthode standardisée pour recueillir des données et faire des rapports publics sur les temps d'attente partout au pays. De plus, les provinces rendent compte de leurs temps d'attente sur leur propre site Web. De son côté, le Conseil canadien de la santé fait part des progrès réalisés quant aux temps d'attente dans chaque province et territoire, jouant ainsi un rôle supplémentaire de responsabilisation^{2, 60, 61, 130}.

L'existence de catalyseurs principaux a clairement contribué aux progrès de réduction des temps d'attente dans les secteurs prioritaires. Cependant, aucun objectif systémique équilibré n'a été défini (p. ex., améliorer les soins et la santé des Canadiens, tout en garantissant des coûts raisonnables et une répartition judicieuse des ressources). Si ces catalyseurs avaient été axés sur des objectifs systémiques de meilleure santé, meilleurs soins et meilleure valeur pour tous, d'autres points critiques auraient peut-être mieux retenu l'attention— dont les suivants :

- enrayer le besoin grandissant d'arthroplasties de la hanche et du genou, par une promotion de la santé et des soins communautaires;
- intégrer l'expérience personnelle des patients en matière de temps d'attente;
- remédier aux temps d'attente aux urgences;
- réduire les temps d'attente pour les soins primaires et les soins de longue durée.

CATALYSEURS ET STRATÉGIE NATIONALE RELATIVE AUX PRODUITS PHARMACEUTIQUES

La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (SNPP), proposée en 2004, avait pour objectif de remédier aux problèmes d'accès, d'abordabilité et d'innocuité des médicaments partout au pays, ainsi que d'uniformiser les critères pour que tous les Canadiens puissent obtenir des médicaments sûrs et appropriés¹³¹. Une étude des efforts de mise en œuvre de la SNPP montre que la présence des cinq catalyseurs ne s'est pas maintenue au fil du temps, ce qui a mené à des résultats mitigés.

Leadership : Au départ, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont fait preuve d'un leadership évident pour tenter d'instaurer la SNPP. Un groupe de travail mixte a élaboré une stratégie en neuf points d'action, comprenant des engagements à réduire le coût des médicaments, à améliorer leur innocuité et à modifier les habitudes de prescription. Cependant, la SNPP a cessé de faire tout progrès quand l'action collective appuyée par le gouvernement fédéral a perdu son élan. Le leadership est ensuite passé aux provinces et aux territoires, qui ont privilégié les initiatives relatives à la couverture des médicaments onéreux et au prix des médicaments génériques. Des progrès en ont résulté, mais avec des approches variables dans le pays^{131, 132}.

Politiques et lois : Au niveau fédéral, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) réglemente le prix de ces médicaments, pour que le prix des médicaments de marque vendus au Canada ne soit pas excessif. Le rôle qu'il joue pour instaurer des politiques tarifaires contribue à maintenir le prix des médicaments de marque au prix médian de pays de comparaison sélectionnés. Récemment, le gouvernement fédéral a multiplié ses efforts pour renforcer les cadres de réglementation de l'innocuité et de l'efficacité des produits de santé et des aliments, en publiant la Feuille de route de la réglementation des aliments et des produits de santé. De leur côté, les provinces et les territoires se sont principalement appuyés sur les politiques et les lois pour élargir leur prise en charge des médicaments onéreux, réduire le prix des médicaments génériques, renforcer l'utilisation des médicaments génériques plutôt que celle d'équivalents de marque plus coûteux, et élargir le champ d'activités des pharmaciens^{61, 128, 133, 134}.

Renforcement des capacités : De 2004 à 2006, le groupe de travail mixte a travaillé en concertation pour déterminer les éléments nécessaires aux progrès de la SNPP, en définissant des concepts, en cernant les problèmes de capacité et de ressources, et en effectuant des recherches et des analyses comparatives. Par exemple, durant cette période, le groupe de travail a défini la couverture des médicaments onéreux, s'est entendu sur un ensemble de principes pour guider l'élaboration des options de couverture des médicaments onéreux et a fourni plusieurs évaluations de coûts pour les options de prise en charge. Les Instituts de recherche en santé du Canada ont accordé le financement nécessaire à la mise en place du Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments (RIEM) et du Canadian Network for Observational Drug Effect Studies (CNODES) afin de renforcer les capacités de recherche sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments^{131, 135-137}.

Innovation et diffusion : En plus de renforcer les capacités, le RIEM et le CNODES facilitent la collaboration sur le plan des recherches et de l'innovation relatives à l'innocuité des médicaments et à leur surveillance après leur mise en marché. Certains territoires et provinces ont élargi le champ d'activités des pharmaciens et instaurent des approches novatrices pour fournir les médicaments^{61, 135-137}.

Mesures et rapports : Le CEPMP surveille les prix internationaux des médicaments d'ordonnance, les évalue et en fait rapport, contribuant ainsi aux progrès dans la réduction des coûts des médicaments. De son côté, l'ICIS recueille et analyse des données sur le coût et l'utilisation des médicaments, grâce à la base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits. La Base de données sur les dépenses nationales de santé de l'ICIS est une autre source de statistiques sur l'utilisation des médicaments et sur les dépenses en médicaments. En outre, le Conseil canadien de la santé a publié des rapports sur les progrès de mise en œuvre des initiatives de la SNPP. Cependant, il n'existe pas de système cohérent de rapports dans les provinces et territoires sur leurs initiatives de gestion des produits pharmaceutiques^{3, 61, 130, 131, 133, 138}.

Malgré un consensus de départ sur les priorités, la collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour la SNPP a rapidement pris fin, à mesure que les gouvernements changeaient. Bien que les catalyseurs principaux aient été plus ou moins présents, le manque de leadership soutenu a contribué à l'échec de la mise en œuvre d'une stratégie nationale globale pour les produits pharmaceutiques, conformément au plan décennal.

CATALYSEURS ET ADOPTION DES DOSSIERS DE SANTÉ ET DOSSIERS MÉDICAUX ÉLECTRONIQUES^{xi, xii}

Le plan décennal a souligné l'importance des dossiers de santé électroniques (DSE) pour le renouvellement du système de santé et a préconisé des efforts pour accélérer leur adoption et leur utilisation. Depuis, des progrès considérables ont été réalisés. Ainsi, l'utilisation des dossiers médicaux électroniques (DME) dans le secteur des soins primaires a plus que doublé depuis 2006. Des renseignements essentiels sur les médicaments, les examens de laboratoire, l'imagerie diagnostique et d'autres données sur plus de la moitié de la population sont maintenant disponibles pour les professionnels de la santé agréés^{19, 139}. Bien que la performance du Canada accuse encore un retard par rapport à celle de nombreux pays à haut revenu, l'origine de ces progrès soutenus se trouvait dans les catalyseurs principaux :

Leadership : Au cours des 10 dernières années, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont tous durablement engagés à investir dans les technologies de l'information et de la communication. De concert avec Inforoute Santé du Canada, ils ont travaillé pour parvenir à un consensus sur les priorités et les orientations, et pour les concrétiser en fonction des besoins et des contextes des différentes instances. Les dirigeants du secteur de la santé ont aussi clairement perçu l'importance d'un recours efficace aux solutions numériques pour parvenir aux objectifs de santé de notre pays^{140, 141}.

Politiques et lois : Des progrès ont été accomplis partout au pays pour mettre en place des cadres de lois et de politiques pertinents. Ainsi, plusieurs instances ont soit adopté, soit modifié, des lois de protection des renseignements sur la santé pour refléter l'évolution des besoins. De plus, le Groupe de protection des renseignements personnels sur la santé, composé de représentants des ministères de la Santé, s'est mis d'accord sur un ensemble de 53 points pour appuyer la divulgation appropriée des données contenues dans les DSE¹⁴².

xi/ Cet exemple est donné à partir de commentaires faits par Inforoute Santé du Canada.

xii/ Les dossiers de santé électroniques (DSE) recueillent l'ensemble des renseignements sur la santé d'un patient, dans tout le système de santé, tandis que les dossiers médicaux électroniques (DME) ne sont que l'une des composantes des DES, utilisée par les prestataires de soins primaires.

Renforcement des capacités : Toute une gamme d'efforts ont été faits au cours de la dernière décennie pour déterminer les capacités et combler les écarts. En voici quelques exemples : accroissement des possibilités d'éducation et entente sur les compétences fondamentales; travaux des facultés de médecine, de sciences infirmières et de pharmacie pour préparer les cliniciens en formation à exercer leur métier dans un environnement induit par la technologie; réseaux cliniques appuyés par des pairs; efforts pour établir des normes communes; investissements dans les recherches; activités diverses pour renforcer l'industrie de la technologie de l'information sur la santé au Canada. Un réseau pancanadien et des ressources ont été mis en place pour appuyer la gestion efficace des changements¹⁴³⁻¹⁵⁰.

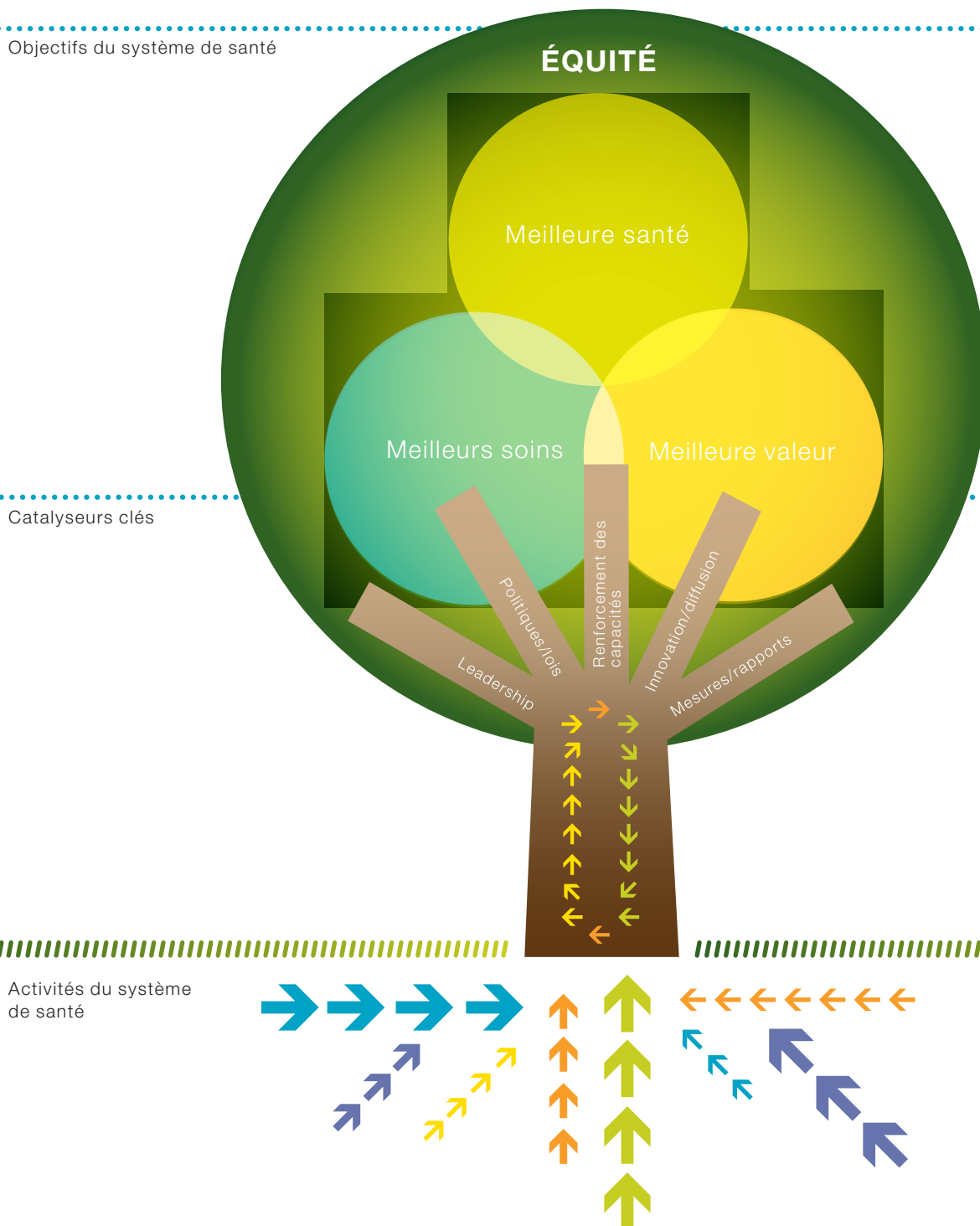
Innovation et diffusion : Le secteur numérique de la santé est à la fois un exemple d'innovation appliquée au système de santé et une plateforme propice à l'innovation en matière de santé et de soins. Par exemple, une étude récente d'Inforoute Santé du Canada a montré que les cliniques de soins primaires qui utilisent des DME peuvent créer une liste de patients susceptibles de bénéficier d'un dépistage du diabète ou du cancer 30 fois plus vite que les cliniques qui se servent encore de dossiers papier¹⁵¹.

Mesures et rapports : En 2006, Inforoute Santé du Canada a élaboré une stratégie et un cadre d'évaluation des avantages, ainsi que des indicateurs qui permettent de suivre et de mesurer les progrès dans le secteur numérique de la santé. Depuis, ces outils ont servi à de très divers projets partout au Canada. Le vérificateur général du Canada, plusieurs vérificateurs généraux provinciaux et le Conseil canadien de la santé ont aussi fait des rapports de progrès, jouant ainsi des rôles supplémentaires de responsabilisation^{61, 152-155}.

Les cinq catalyseurs principaux ont contribué aux progrès de l'utilisation des DME. Cependant, la mise en place complète d'un système national de DSE ne s'est toujours pas faite. Les rapports d'Inforoute Santé du Canada se sont concentrés sur une optimisation des fonds et ont produit certaines données sur l'amélioration des soins, mais en général les résultats de santé n'ont pas été mesurés¹⁵⁶. L'accès équitable aux DSE n'a pas été défini comme un objectif explicite, et la preuve se trouve dans les écarts de financement et d'utilisation des composantes des DSE un peu partout au pays¹⁹. Des progrès plus rapides auraient pu être obtenus en axant les catalyseurs sur des objectifs systémiques équilibrés de meilleure santé, meilleurs soins et meilleure valeur complétés par l'objectif prééminent de l'équité. Ceci sera essentiel pour optimiser les résultats à l'avenir.

Les catalyseurs principaux — leadership, politiques et lois, renforcement des capacités, innovation et diffusion, mesures et rapports — sont interreliés et interdépendants.

Figure 3. Meilleure approche pour un système de santé hautement performant au Canada



PARVENIR À UN SYSTÈME DE SANTÉ HAUTEMENT PERFORMANT AU CANADA

Considérant toutes ces leçons, le Conseil canadien de la santé esquisse une approche pour parvenir à un système de santé hautement performant au Canada. Cette approche (voir Figure 3) est davantage centrée sur l'harmonisation de toutes les activités du système de santé pour atteindre les objectifs de meilleure santé, meilleurs soins et meilleure valeur pour tous les Canadiens. Ces activités du système de santé sont entre autres les suivantes :

- mobilisation des patients (p. ex., participation active à leurs soins);
- contributions personnelles des prestataires de soins (p. ex., soins infirmiers);
- processus de gestion au niveau organisationnel (p. ex., opérationnalisation d'une liste de vérification des interventions chirurgicales en milieu hospitalier);
- décisions de planification stratégique et de politique au sein des autorités sanitaires régionales (p. ex., mise en œuvre de plans de services intégrés) et des ministères de la Santé (p. ex., application d'une stratégie provinciale ou nationale de lutte contre les maladies).

Les catalyseurs sont d'une importance critique pour parvenir à cette harmonisation et pour guider toutes les activités du système de santé vers ces objectifs. Les catalyseurs principaux—leadership, politiques et lois, renforcement des capacités, innovation et diffusion, mesures et rapports—sont interreliés et interdépendants. Des efforts soutenus sont requis pour appuyer chacun d'eux de manière constante. De plus, une surveillance et une évaluation continues des activités du système de santé permettent d'apporter aux intervenants du système une rétroaction qui facilite la mobilisation et permet de constantes améliorations.

Notre approche s'inspire de cadres et d'activités de réforme du système de santé à l'échelle internationale, qu'elle met en parallèle avec les réflexions et les activités de transformation du système qui sont en cours au Canada^{7-9, 11, 14, 23-25, 27-29, 97, 104, 106, 157-163}. Des organismes comme l'Institut canadien d'information sur la santé, le Fonds du Commonwealth, l'Institute for Healthcare Improvement, l'Organisation de coopération et de développement économiques et l'Organisation mondiale de la Santé, ont conçu des cadres d'évaluation pour *mesurer l'étendue des changements* en vue d'objectifs définis¹⁵⁷⁻¹⁶³. Notre approche indique comment *parvenir* aux objectifs. Elle peut être suivie par tous les intervenants du système de santé pour guider les efforts de réforme des soins de santé parmi les prestataires, les organismes, les autorités sanitaires régionales de la santé et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

CERNER DE PLUS PRÈS L'APPROCHE : SOINS À DOMICILE ET SOINS PRIMAIRES

Pour illustrer l'approche du Conseil canadien de la santé, nous considérons les soins à domicile, les soins communautaires et les soins primaires. Des réformes systémiques limitées ont eu lieu dans ces secteurs au cours de la dernière décennie, et la demande de mesures d'action se fera pressante au cours des 10 prochaines années.

Les accords sur la santé avaient pour objectif principal d'assurer des services à domicile à court terme (deux semaines) aux patients sortant de l'hôpital et aux personnes atteintes de troubles mentaux, et de dispenser des soins de fin de vie à domicile.

Cependant, aucun engagement n'a été pris pour répondre aux besoins à long terme des personnes atteintes de maladies chroniques, et tout particulièrement des personnes âgées, ou à ceux des aidants familiaux². L'accès aux soins à domicile continue de varier au Canada, alors que la demande se fait grandissante^{67, 78}.

Conformément aux accords sur la santé, des modèles novateurs de soins primaires ont été conçus et utilisés. Cependant, beaucoup n'ont pas été évalués ou pas largement partagés, et la performance du Canada dans le secteur des soins primaires ne se compare guère à celle de beaucoup d'autres pays à haut revenu. Apporter des changements systémiques durables reste une priorité. L'efficacité des soins primaires est généralement considérée comme essentielle à la transformation de notre système de santé^{55, 61}.

Dans le Tableau 3, nous donnons des exemples d'objectifs équilibrés et de mesures d'action précises pour chaque catalyseur relié aux soins à domicile et aux soins primaires, qui contribueraient aux objectifs de meilleure santé, meilleurs soins et meilleure valeur *pour tous* les Canadiens.

TABEAU 3
Mise en œuvre de l'approche : deux exemples

	SOINS À DOMICILE ⁶⁷	SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ^{19, 55, 164}
OBJECTIFS ÉQUILIBRÉS		
Meilleure santé	<p>Un plus grand nombre de personnes âgées et d'autres qui ont besoin de soins à domicile peuvent continuer d'habiter chez elles.</p> <p>Les personnes qui continuent d'habiter chez elles peuvent avoir une meilleure qualité de vie.</p> <p>Un moins grand nombre d'aidants familiaux montrent des signes de détresse.</p>	<p>Un plus grand nombre de personnes mènent une vie saine (p. ex., sont physiquement actives, ont un bon poids santé, ne fument pas).</p> <p>Un moins grand nombre de personnes sont atteintes de maladies chroniques, et celles qui le sont peuvent les gérer efficacement, en ayant une meilleure qualité de vie.</p>
Meilleurs soins	<p>Les clients des services de soins à domicile ont mieux accès aux soins dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin.</p> <p>Des soins sûrs sont dispensés à domicile.</p> <p>Les aidants familiaux bénéficient du soutien requis.</p> <p>Les clients des services à domicile et les aidants familiaux participent à la planification des soins.</p>	<p>La planification des soins de santé primaires fait appel à la participation des prestataires et des patients.</p> <p>Un plus grand nombre de personnes ont accès en temps opportun aux services d'un prestataire ou d'une équipe de soins primaires, quand elles en ont besoin.</p> <p>Les soins de santé sont dispensés par des équipes interdisciplinaires, qui utilisent des dossiers médicaux/dossiers de santé électroniques.</p> <p>Les prestataires de soins de santé primaires sont attentifs et réceptifs aux besoins des patients, font participer les patients à leurs soins et appuient l'autogestion des soins.</p>
Meilleure valeur	<p>Les personnes obtiennent des soins à domicile quand le domicile est le lieu le plus approprié et le plus rentable pour les soins.</p> <p>Les répercussions financières sur les aidants familiaux sont réduites.</p>	<p>Un plus petit nombre de patients utilisent les urgences, et les admissions à l'hôpital sont réduites.</p> <p>Les soins appropriés sont dispensés par les prestataires appropriés, en fonction des besoins.</p>
Équité	<p>Les personnes obtiennent des soins à domicile en fonction de leurs besoins et du potentiel de parvenir aux mêmes objectifs de santé, peu importe qui elles sont, quels sont leurs moyens financiers et leur lieu de résidence au Canada.</p>	<p>Toutes les personnes peuvent accéder aux services d'un prestataire ou d'une équipe de soins primaires quand elles en ont besoin, peu importe qui elles sont, ou quel est leur lieu de résidence au Canada.</p> <p>Les disparités d'état de santé sont réduites.</p>

TABLEAU 3
(suite)

	SOINS À DOMICILE	SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES
CATALYSEURS DURABLES		
Leadership	<p>Accroître la collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour appuyer des réformes cohérentes et une approche pancanadienne axées sur des objectifs systémiques.</p> <p>Encourager le leadership continu de l'Association canadienne de soins et services à domicile et d'autres intervenants pour définir les principes communs d'un programme national de soins à domicile.</p>	<p>Les gouvernements provinciaux et territoriaux assurent un leadership soutenu pour appuyer des réformes axées sur des objectifs systémiques partagés et équilibrés et offrir des soins primaires plus uniformes au Canada.</p> <p>Renforcer une gouvernance efficace au niveau régional pour appuyer l'amélioration des services, l'intégration du système et l'adoption de pratiques exemplaires.</p>
Politiques et lois	<p>S'inspirer des travaux faits par l'Ontario et d'autres provinces pour élaborer des politiques et des lois sur les soins à domicile et les soins aux personnes âgées.</p> <p>Veiller à ce que les politiques cadrent avec les principes communs et les objectifs systémiques, pour garantir l'uniformité de l'accès et de la qualité des soins à domicile partout au Canada.</p>	<p>Axer les politiques et les lois, dans des domaines comme les structures de tarification et l'inscription des patients, sur des objectifs équilibrés pour garantir l'accès en temps opportun aux prestataires de soins de santé primaires, et pour coordonner et intégrer les soins primaires aux autres volets du système de santé.</p>
Renforcement des capacités	<p>S'attaquer aux problèmes suivants : défis de recrutement et de maintien du personnel, dont les disparités de rémunération par rapport aux autres secteurs, le manque de formation standardisée, les conditions de travail et le vieillissement des effectifs.</p> <p>Mobiliser les patients et les aidants familiaux dans la planification des efforts pour que les aidants reçoivent un appui et une formation adéquats.</p>	<p>Élargir les champs d'activité, la formation interdisciplinaire et la préparation à l'amélioration de la qualité chez les professionnels de la santé, pour appuyer l'efficacité des équipes.</p> <p>Accélérer l'utilisation des DSE pour améliorer les soins aux patients, l'évaluation, la planification et l'allocation des ressources.</p> <p>Créer des partenariats entre les secteurs et avec les groupes de patients.</p>
Innovation et diffusion	<p>Appuyer les approches novatrices pour mieux intégrer les soins à domicile au continuum de soins.</p> <p>Faire des recherches sur des sujets comme le rapport coût-efficacité et la sécurité des soins à domicile pour appuyer les futures activités de politiques.</p>	<p>Concevoir des méthodes novatrices d'évaluation pour mesurer les résultats des soins primaires.</p> <p>Élargir les connexions des dossiers médicaux/dossiers de santé électroniques pour permettre le partage de l'information entre les prestataires et les divers secteurs, et pour renforcer l'accès aux soins.</p> <p>Investir dans les recherches et l'application des connaissances pour étayer les politiques et les pratiques de soins de santé primaires.</p>
Mesures et rapports	<p>Élargir l'utilisation d'un outil standardisé comme l'instrument d'évaluation des résidents—soins à domicile (IER-SD), pour mesurer les besoins de services à domicile. Les données recueillies permettraient aussi de mesurer l'accessibilité et la qualité de ces services.</p> <p>Renforcer les rapports publics sur les mesures du rendement des soins à domicile, pour compléter ceux publiés par l'ICIS et certaines provinces comme l'Ontario.</p>	<p>Mesurer les résultats des soins primaires de manière standardisée pour appuyer l'évaluation des modèles et des programmes existants.</p> <p>Élaborer et utiliser des mesures continues d'amélioration de la qualité.</p> <p>Faire publiquement rapport des résultats de soins primaires pour faciliter des prises de décisions éclairées par les patients, les prestataires et les décideurs de politiques.</p>

CONCLUSION

Meilleure santé. Meilleurs soins.
Meilleure valeur. *Pour tous.*

C'est ce que les Canadiens attendent
et c'est ce qu'ils méritent.

Pourtant, après 10 années d'efforts et d'investissements pour améliorer notre système de santé, ces objectifs continuent de poser des défis. Le succès de l'*Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, de 2003, et du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, de 2004, pour stimuler la réforme des soins de santé est resté limité. Globalement, peu d'améliorations notables ont été apportées durant cette décennie dans la mesure des soins aux patients et des résultats de santé. De plus, notre performance s'avère décevante comparativement à celle d'autres pays à haut revenu.

Durant la période des accords sur la santé, le Canada a accru ses dépenses de santé, qui sont passées à plus de 200 milliards de dollars par année. Pourtant, les préoccupations quant à la qualité, l'accessibilité et la durabilité du système qui avaient été exprimées dans ces accords subsistent actuellement. Il est clair qu'investir beaucoup plus d'argent dans notre système de santé est irréaliste, vu le présent climat qui règne. En outre, l'expérience de la dernière décennie montre que dépenser plus d'argent ne permettra probablement pas de parvenir aux résultats visés. Nous devons recentrer la réforme des soins de santé. Nous devons faire des choix. Nous devons, et nous pouvons, faire mieux.

VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ

HAUTEMENT PERFORMANT

En tant que moyens de stimuler la réforme de la santé, les accords sur la santé présentaient un certain nombre de faiblesses. En revanche, ils ont permis de tirer des leçons précieuses sur les sources de succès et d'échecs des efforts de transformation. S'inspirant de ces expériences, notre rapport propose une vision et une approche pour mettre en place un système de santé hautement performant.

Tous les gouvernements, tous les organismes et tous les prestataires de soins de santé doivent poursuivre les mêmes objectifs équilibrés : meilleure santé, meilleurs soins et meilleure valeur, le but fondamental prédominant étant de parvenir à l'équité. Ceci est moins évident qu'il n'y paraît. Les accords sur la santé de 2003 et de 2004 n'ont pas exprimé aussi clairement que nous le faisons ici une vision commune axée sur un ensemble équilibré d'objectifs — ce qui a entraîné un manque de progrès. Chose tout aussi importante, des efforts soutenus et simultanés pour appuyer les catalyseurs principaux — leadership, politiques et lois, renforcement des capacités, innovation et diffusion, mesures et rapports — sont essentiels pour que tous les intervenants du système de santé, partout au pays, travaillent avec la même vision et puissent parvenir aux mêmes objectifs.

NÉCESSITÉ DE RENFORCER LE LEADERSHIP ET D'OBTENIR UNE COLLABORATION PANCANADIENNE

Les Canadiens peuvent librement vivre dans la province ou le territoire de leur choix. La plupart d'entre eux présumant que leur système provincial ou territorial de santé assure des soins et donne des résultats de santé similaires à ceux des autres parties du pays. Or ce n'est pas le cas du tout, depuis longtemps déjà. Les dirigeants provinciaux et territoriaux doivent s'attendre à ce que les Canadiens fassent objection à des systèmes de santé de plus en plus divergents, menant à des différences de plus en plus explicites d'accessibilité et de qualité des services de santé au pays.

La formule de financement employée par le gouvernement fédéral laisse une grande latitude aux provinces et aux territoires dans la manière dont ils utilisent les fonds du Transfert canadien en matière de santé (TCS). Cependant, le gouvernement fédéral a traditionnellement joué un rôle central pour garantir un certain niveau d'équité partout au Canada — se servant du TCS comme moyen de faire respecter les principes ancrés dans la *Loi canadienne sur la santé*. Cette responsabilité envers l'équité constitue la raison la plus impérieuse pour le gouvernement fédéral de participer activement à l'évolution de notre système de santé. Qu'un Canadien réside en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse, dans les Territoires du Nord-Ouest ou ailleurs, il souhaite obtenir des soins de haute qualité. La participation active du gouvernement fédéral à la planification du système de santé et à l'élaboration des politiques, conjuguée à l'apport d'un appui financier approprié, confère une dimension « canadienne » essentielle à toutes les discussions et décisions sur les soins de santé.

Ce faisant, les provinces et les territoires ne doivent pas faire de leurs responsabilités juridictionnelles en matière de santé un argument pour mettre fin au dialogue entre eux, ou avec le gouvernement fédéral. Ils doivent prendre conscience qu'ils sont copropriétaires d'un système national et qu'ils partagent donc la responsabilité de veiller à ce que chacune des instances obtienne des résultats comparables. Les dirigeants provinciaux et territoriaux devraient encourager et appuyer une collaboration pancanadienne. Nous espérons que le Conseil de la fédération et son Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé continueront de chercher des moyens

efficaces de collaborer, pour le bien de toutes les instances et de tous les résidents. Ils doivent notamment s'efforcer d'inviter le gouvernement fédéral à la table de négociations de sorte qu'il soit disposé à coopérer de bonne foi. Tous les gouvernements doivent mettre de côté leurs programmes politiques et écarter les obstacles aux progrès. Pour effectuer une vraie transformation au sein des différents systèmes de santé du Canada, et entre eux, une collaboration efficace s'avère d'une importance critique.

De leur côté, tous les organismes et les prestataires de soins de santé doivent sortir de leur cloisonnement organisationnel et professionnel, pour que toutes les ressources disponibles puissent être utilisées là où il le faut, quand il le faut, afin de garantir un meilleur rapport qualité-prix pour les Canadiens. Les gouvernements seuls ne peuvent pas transformer le système de santé; ils ont besoin de l'appui et de la participation actifs des autres intervenants de ce système.

UN APPEL À L'ACTION

Les résultats des 10 dernières années montrent clairement que nous devons agir différemment. Si nous voulons obtenir de meilleurs résultats à l'avenir, nous ne pouvons pas continuer de suivre nos approches divergentes et hésitantes en matière de réforme des soins de santé au pays.

Il est possible de mettre en place un système de santé hautement performant au Canada. Mais ceci exigera un engagement renouvelé envers une collaboration pancanadienne, la définition et la poursuite d'objectifs équilibrés, et le soutien actif et continu des principaux catalyseurs.

C'est une vision qui mérite d'être poursuivie—pour la santé de tous les Canadiens.

Nous ne pouvons pas continuer de suivre nos approches divergentes et hésitantes en matière de réforme des soins de santé au pays.

REMARQUES SUR LES MÉTHODES ET SOURCES DES DONNÉES

REMARQUES SUR LES MÉTHODES

Tout au long de ce rapport, nous nous sommes donné pour objectif de comparer les données de toute la décennie des accords sur la santé. Nous avons étudié des données de 2003 à 2013 afin d'établir des comparaisons pour cette décennie, en nous servant de celles disponibles pour les années les plus proches. Dans toute la mesure du possible, nous avons utilisé les mêmes sources de données pour présenter les données canadiennes et internationales, pour chacun des indicateurs figurant dans ce rapport. En raison du manque de données internationales historiques pour l'indicateur d'activité physique, nous avons utilisé les données de Statistique Canada pour montrer les changements survenus au Canada au cours de la dernière décennie. La comparaison internationale a été effectuée à partir des données internationales les plus récentes de l'Organisation mondiale de la Santé.

Bien que nous présentions le plus souvent des données arrondies au nombre entier le plus proche, toutes nos analyses et nos classements ont été faits à partir des valeurs spécifiques données par les sources utilisées.

SOURCES DES DONNÉES

SONDAGE INTERNATIONAL DU FONDS DU COMMONWEALTH SUR LES POLITIQUES DE SANTÉ

Chaque année, le Fonds du Commonwealth, dont le siège social se trouve aux États-Unis, fait un sondage international pour évaluer le rendement des systèmes de santé et les soins prodigués. Le Canada et d'autres pays participent à ce sondage chaque année. Depuis 2007, le Conseil canadien de la santé coparraine le sondage afin d'obtenir un niveau plus élevé de réponse pour le Canada et de recevoir des données brutes pour tous les pays participant au sondage. Selon l'objectif visé par le sondage, les Canadiens ou les médecins canadiens de soins primaires sont invités à donner des réponses au téléphone ou par correspondance. Pour ce rapport, nous avons utilisé des données des sondages de 2006 et de 2012 auprès des médecins de soins primaires, ainsi que des données des sondages de 2004, 2007 et 2010 auprès de l'ensemble de la population adulte canadienne. Les données du sondage du Fonds du Commonwealth présentées dans ce document sont fondées sur nos propres analyses, dont certaines ont été publiées dans des rapports précédents du Conseil de la santé. Nos analyses des données brutes excluent les non-répondants. De légères différences entre nos résultats et ceux donnés sur le site Web du Fonds du Commonwealth peuvent refléter des divergences de méthodes analytiques. Pour plus de renseignements, visitez le site Web du Fonds du Commonwealth à <http://www.commonwealthfund.org/Surveys/View-All.aspx?topic=International+Health+Policy>.

DONNÉES SUR LA SANTÉ DE L'ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE)

Beaucoup des données comparatives internationales présentées dans ce rapport sont tirées de la Base de données sur la santé de l'OCDE, *OECD.StatExtracts*. Cette base en ligne rassemble des données de 34 pays membres sur l'état de santé de la population, les déterminants de la santé, les dépenses et le financement des soins, ainsi que l'utilisation et la qualité des services. Certains pays ne recueillent pas de données pertinentes sur un indicateur donné, ou ne le font pas chaque année, et certaines données font donc défaut pour nos analyses. De plus, les méthodes employées par les différents pays pour mesurer, définir ou recueillir les données fournies à l'OCDE peuvent varier. L'OCDE donne des renseignements sur les limites de comparabilité de chaque indicateur, que nous avons inclus à nos figures, le cas échéant. Pour plus de renseignements, visitez le site Web de l'OCDE <http://stats.oecd.org/Index.aspx>.

STATISTIQUE CANADA

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes est un sondage transversal effectué par Statistique Canada pour recueillir des données sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé de tous les Canadiens partout au pays. Nous nous sommes servis de la base de données CANSIM et du Recensement de 2011 de Statistique Canada pour extraire les statistiques présentées dans ce rapport. Pour plus de renseignements, visitez le site Web de CANSIM à <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a01?lang=fra> et le site Web du Recensement de 2011 à <http://www12.statcan.ca/census-recensement/index-fra.cfm>.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

La Base de données de l'Observatoire mondial de la Santé, qui relève de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), donne accès en ligne à des données sur la santé pour ses 194 États membres. Dans ce rapport, nous avons présenté des données internationales obtenues dans cette base de données. Ces données incluent les meilleures estimations faites par l'OMS à partir de méthodologies axées sur des indicateurs spécifiques, pour permettre des analyses comparatives entre les pays et dans le temps. Étant donné que les estimations sont mises à jour à mesure que les données sont actualisées ou modifiées, ou quand des changements de méthodologie sont effectués, elles ne correspondent pas toujours aux estimations nationales officielles. Pour plus de renseignements, visitez le site Web de la Base de données de l'Observatoire mondial de la Santé de l'OMS à <http://www.who.int/gho/database/fr/index.html>.

RÉFÉRENCES

- 1 Santé Canada. (2003). *Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery->
- 2 Santé Canada. (2004). *Plan décennal pour consolider les soins de santé*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>
- 3 Institut canadien d'information sur la santé. (2012). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2012*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé.
- 4 Institute for Healthcare Improvement. (2013). *IHI Triple Aim initiative*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.ihl.org/offerings/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>
- 5 Berwick, D.M., Nolan, T.W., et Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27, 759-769. doi: 10.1377/hlthaff.27.3.759
- 6 Qualité des services de santé Ontario. (2012). *Plans d'amélioration de la qualité 2012-2013 : une analyse des points à améliorer*. Toronto, ON : Qualité des services de santé Ontario.
- 7 Ministère de la Santé de la Saskatchewan. (2013). *Ministry of Health Plan for 2013-14*. Regina, SK : ministère de la Santé.
- 8 Association médicale canadienne. (2010). *La transformation des soins de santé au Canada*. Ottawa, ON : Association médicale canadienne.
- 9 Association des infirmières et infirmiers du Canada, Commission nationale d'experts. (2012). *Un appel à l'action infirmière*. Ottawa, ON : Commission nationale d'experts.
- 10 Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. (25 juin 2013). La FCASS fait équipe avec l'Institute for Healthcare Improvement des États-Unis. [Communiqué]. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.cfhi-fcass.ca/NewsAndEvents/NewsReleases/NewsItem/13-06-24/8d11777d-4a9b-4f0e-b95b-2a3725de54e8.aspx>
- 11 Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (2010). *Innovation & change agenda*. Victoria, BC : ThinkHealthBC.
- 12 North Simcoe Muskoka Local Health Integration Network. (2006). *Integrated health service plan 2013- 2016*. Orillia, ON : Réseau local d'intégration des services de santé de Simcoe Nord Muskoka.
- 13 Meloche, J. (11 février 2010). *Becoming the integrator: A LHINs experience of integration & system quality improvement*. Présentation au Triple Aim Summit de l'IHI, Toronto, ON.
- 14 Association médicale canadienne et Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2011). *Principes devant guider la transformation des soins de santé au Canada*. Ottawa, ON : Association médicale canadienne et Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- 15 Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Saskatoon, SK : Gouvernement du Canada.
- 16 The Environics Institute for Survey Research. (2013). *Focus Canada 2012—What Canadians think about their health care system*. Toronto, ON : The Environics Institute.
- 17 Organisation de coopération et de développement économiques. (2013). *OECD.StatExtracts*. Données extraites du 18 au 31 juillet 2013 de <http://stats.oecd.org/>
- 18 Fonds du Commonwealth. (2010). *The Commonwealth Fund 2010 international health policy survey in eleven countries*. Extrait le 9 septembre 2013 de <http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2010/Nov/2010-International-Survey.aspx>
- 19 Conseil canadien de la santé. (2013). *Comment les médecins canadiens de soins de santé primaires classent-ils le système de soins de santé? Résultats du Sondage international 2012 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires. Les soins de santé au Canada, c'est capital, Bulletin 7*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.
- 20 Organisation de coopération et de développement économiques. (2011). *Panorama de la santé 2011, Indicateurs de l'OCDE*. Paris, FR : Organisation de coopération et de développement économiques.
- 21 Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2012). Un changement transformateur s'impose : *Un examen de l'Accord sur la santé de 2004*. Ottawa, ON : Parlement du Canada.
- 22 Santé Canada. (2012). *Mesures pour améliorer la santé des Canadiens*. Ottawa, ON : Parlement du Canada.
- 23 Couillard, P. (2011). *Lessons from 2004, perspectives for 2014. The Canada we want in 2020: Towards a strategic policy roadmap for the federal government*. Ottawa, ON : Canada 2020.
- 24 Grosso, F., et Decter, M. (2011). *Four federal initiatives to improve affordability, productivity and accountability. The Canada we want in 2020: Towards a strategic policy roadmap for the federal government*. Ottawa, ON : Canada 2020.
- 25 Stabile, M. (2011). *Paying for the healthcare we want. The Canada we want in 2020: Towards a strategic policy roadmap for the federal government*. Ottawa, ON : Canada 2020.
- 26 Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. (2011). *Priorités des systèmes de santé provinciaux et territoriaux : une analyse contextuelle*. Ottawa, ON : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.
- 27 Denis, J., Davies, H.T.O., Ferlie, E., et Fitzgerald, L. (2011). *Analyse des initiatives pour la transformation des systèmes de soins de santé : Des leçons à tirer pour le système de santé du Canada. Série d'études de la FCASS sur la transformation des services de santé : document 1*. Ottawa, ON : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.
- 28 Conference Board du Canada. (2012). *The Canadian health care debate: A survey and assessment of key studies*. Ottawa, ON : Conference Board du Canada.
- 29 Conseil de la fédération. (2012). *De l'innovation à l'action : premier rapport du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé*. Ottawa, ON : Conseil de la fédération.
- 30 Tholl, B. et Bujold, G. (2012). *Functional federalism and the future of medicare in Canada—A report to the Health Action Lobby (HEAL)*. Ottawa, ON : Health Action Lobby.
- 31 Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Les soins de santé au Canada 2009 : revue de la dernière décennie*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé.
- 32 Dodge, D.A., et Dion, R. (2011). Chronic healthcare spending disease: A macro diagnosis and prognosis. *C.D. Howe Institute Commentary*, 327.
- 33 TD Economics. (2010). *Charting a path to sustainable health care in Ontario—10 proposals to restrain cost growth without compromising quality of care*. Toronto, ON : TD Economics.

- 34** Falk, W., Mendelsohn, M., Hjartarson, J., et Stoutley, A. (2011). *Fiscal sustainability and the transformation of Canada's healthcare system: A shifting gears report*. Toronto, ON : Mowat Centre and School of Public Policy and Governance, Université de Toronto.
- 35** Marchildon, G.P. (2013). Canada: Health system review. *Health systems in transition*, 15(1), 1-179. Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.
- 36** Baker, G.R., MacIntosh-Murray, A., Porcellato, C., Dionne, L., Stelmacovich, K., et Born, K. (2008). Learning from high-performing systems: Quality by design. *High performing healthcare systems: Delivering quality by design* (p. 11-26). Toronto, ON : Longwoods Publishing.
- 37** Lewis, S., et Sullivan, T. (2013). *How to bend the cost curve in health care. IRPP Insight 1*. Montréal, QC : Institut de recherche en politiques publiques.
- 38** Commission de la réforme des services publics de l'Ontario. (2012). *Des services publics pour la population ontarienne : cap sur la viabilité et l'excellence*. Oshawa, ON : Ministère des Finances de l'Ontario.
- 39** Gouvernement du Canada. Affaires intergouvernementales. (11 septembre 2000). Nouveaux investissements fédéraux à l'appui des ententes sur la réforme de la santé et sur le développement de la petite enfance. [Communiqué]. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.pco-bcp.gc.ca/aia/index.asp?lang=fra&page=archive&sub=release-communique&doc=20000911-fra.htm>
- 40** Saskatchewan Commission on Medicare. (2001). *Caring for medicare: Sustaining a quality system*. Regina, SK : Saskatchewan Health.
- 41** Premier's Advisory Council on Health for Alberta. (2001). *A framework for reform. Report of the Premier's Advisory Council on health*. Edmonton, AB : Gouvernement de l'Alberta.
- 42** Ontario Health Services Restructuring Commission. (2000). *Looking back, looking forward. The Ontario Health Services Restructuring Commission (1996-2000). A legacy report*. Toronto, ON : Health Services Restructuring Commission.
- 43** Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux du Québec. (2000). *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*. Québec : Gouvernement du Québec.
- 44** Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2002). *La santé des Canadiens—Le rôle du gouvernement fédéral. Volume six: Recommandations en vue d'une réforme. Rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada*. Ottawa, ON : Parlement du Canada.
- 45** Ministère des Finances du Canada. (2011). *Historique des transferts canadiens en matière de santé et de programmes sociaux*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.fin.gc.ca/fedprov/his-fra.asp>
- 46** Fard, S.M. (2009). *The Canada health transfer*. Ottawa, ON : Bibliothèque du Parlement.
- 47** Parti libéral du Canada. (2004). *Une solution pour toute une génération : Plan de Paul Martin pour de meilleurs soins de santé*. Ottawa, ON : Parti libéral du Canada.
- 48** Davis, K., Schoen, C., et Stremikis, K. (2010). *Mirror, mirror on the wall: How the performance of the U.S. health care system compares internationally, 2010 update*. Washington, DC : Fonds du Commonwealth.
- 49** Loi canadienne sur la santé, RSC 1985, c C-6 (1985). Extrait le 13 août 2013 de <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C.html>
- 50** Baranek, P., Veillard, J., et Wright, J. (2012). Benchmarking health care in federal systems: the Canadian experience. Dans A. Fenna & F. Knüpling (éd.), *Benchmarking in Federal Systems, Roundtable Proceedings* (p. 89-109). Melbourne : Productivity Commission and Forum of Federations.
- 51** Kitts, J., Davies, M., et Power, C. (6 juin 2011). *Collaborating for Excellence in Healthcare Quality*. Présentation à la Conférence nationale sur le leadership dans les soins de santé 2011, Whistler, BC.
- 52** Kitts, J. (23 mai 2013). *The Collaborative for Excellence in Healthcare Quality: CEHQ*. Présentation à la réunion du Conseil canadien de la santé, Saskatoon.
- 53** Conseil canadien de la santé. (2010). *Comment les Canadiens classent-ils leur système de soins de santé? Résultats du Sondage international 2010 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé. Les soins de santé au Canada, c'est capital, Bulletin 4*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.
- 54** Conseil canadien de la santé. (2011). *Comment les Canadiens plus malades atteints de maladies chroniques évaluent-ils le système de soins de santé? Résultats du Sondage international 2011 des adultes plus malades du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé. Les soins de santé au Canada, c'est capital, Bulletin 6*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.
- 55** Aggarwal, M., et Hutchison, B. (2012). *Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada*. Ottawa, ON : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.
- 56** Statistique Canada. (2013). *Populations qui ont un médecin régulier, selon le groupe d'âge et le sexe*. Extrait le 21 août 2013 de www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health75a-fra.htm
- 57** Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé.
- 58** You, J.J., Levinson, W., et Laupacis, A. (2009). Attitudes of family physicians, specialists and radiologists about the use of computed tomography and magnetic resonance imaging in Ontario. *Healthy Policy*, 5(1), 54-65.
- 59** Emery, D.J., Shojania, K.G., Forster, A.J., Mojaverian, N., et Feasby, T.E. (2013). Overuse of magnetic resonance imaging. *Journal of the American Medical Association Internal Medicine*, 173(9), 823-825.
- 60** Institut canadien d'information sur la santé. (2013). *Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé.
- 61** Conseil canadien de la santé. (2013). *Rapport de progrès 2013 : Renouveau des soins de santé au Canada*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.
- 62** Fonds du Commonwealth. (2004). *2004 Commonwealth Fund international health policy survey of adults' experiences with primary care*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2004/2004-Commonwealth-Fund-International-Health-Policy-Survey-of-Adults-Experiences-with-Primary-Care.aspx>
- 63** Fonds du Commonwealth. (2007). *2007 International Health policy survey in seven countries*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2007/2007-International-Health-Policy-Survey-in-Seven-Countries.aspx>

- 64** Statistique Canada. *Tableau 105-050—Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2012) et groupes de régions homologues, occasionnel, CANSIM (source de données)*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&retrLang=eng&id=1050501&pattern=health+indicator+profile&tabMode=dataTable&srchLan=-1&p1=1&p2=-1>
- 65** Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Observatoire mondial de la santé. Physical inactivity: Physical inactivity by country*. Extrait le 13 août 2013 de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A893>
- 66** Evans, R.G., Barer, M.L., et Marmor, T.R. (1994). *Why are some people healthy and others not? The determinants of the health of populations*. New York, NY : Walter de Gruyter Inc.
- 67** Conseil canadien de la santé. (2012). *Aînés dans le besoin, aidants en détresse : Quelles sont les priorités de soins à domicile pour les aînés au Canada?* Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.
- 68** Agence de la santé publique du Canada et Société canadienne du cancer. (2013). *Statistiques canadiennes sur le cancer. Sujet spécial : cancer du foie*. Toronto, ON : Société canadienne du cancer.
- 69** Agence de la santé publique du Canada et Infobase des maladies chroniques. (2009-2010). *Infobase des maladies chroniques*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.cvdinfobase.ca/surveillance/Index.aspx>
- 70** Labonte, R., Muhajarine, N., Winkvist, B., et Quail, J. (2010). *Healthy populations. A report of the Canadian Index of Wellbeing (CIW)*. Waterloo, ON : Canadian Index of Wellbeing.
- 71** Santé Canada. (2011). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada*.
- 72** Ipsos Reid. (6 février 2013). *Checking in with Canadians on their healthcare system: 2013 score cards on ease of access, patient experience*. [Communiqué]. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.ipsos-na.com/download/pr.aspx?id=12452>
- 73** Santé Canada. (2011). *Fonds de transition pour la santé des Autochtones*. Extrait le 13 août 2013 de <http://hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/acces/ahf-fra.php>
- 74** Santé Canada. (2013). *Santé des Premières Nations, des Inuits et des Autochtones : Meilleur accès aux services*. Extrait le 13 août 2013 de <http://hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/acces/index-fra.php>
- 75** Santé Canada. (2012). *À propos de Santé Canada : Santé des Premières Nations, des Inuits et des Autochtones*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/fnih-spni-fra.php#ahri-irrh>
- 76** Gionet, L., et Roshanafshar, S. (2013). *Certains indicateurs de la santé des membres des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits*. Ottawa, ON : Statistique Canada.
- 77** Block, S. (2013). *Rising inequality, declining health. Health outcomes and the working poor*. Toronto, ON : Wellesley Institute.
- 78** Association canadienne de soins et services à domicile. (2013). *Portraits des soins à domicile au Canada en 2013*. Mississauga, ON : Association canadienne de soins et services à domicile.
- 79** Académie canadienne des sciences de la santé. (2011). *Smarter caring for a healthier Canada: Embracing system innovation*. Présentation à 6^e Assemblée générale annuelle de l'Académie canadienne des sciences de la santé, 2011—Forum principal, Ottawa, ON.
- 80** Statistique Canada. (2011). *Recensement de 2011*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2011/rt-td/index-fra.cfm>
- 81** Statistique Canada. (2006 et 2011). *Proportion (en pourcentage) des personnes âgées de 65 ans et plus, Canada, provinces et territoires, 2006 et 2011*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/2011001/fig/fig7-fra.cfm>
- 82** Statistique Canada. (2011). *Tableau A.34. Produit intérieur brut par habitant, Canada, provinces et territoires, 2005-2006 à 2009-2010 (en dollars courants)*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.statcan.gc.ca/pub/81-595-m/2011095/tbl/tbla.34-fra.htm>
- 83** Santé Canada. (2010). *Les Canadiennes et les Canadiens en santé—Rapport fédéral sur les indicateurs comparables en santé 2010*. Ottawa, ON : Santé Canada.
- 84** Sher, G. (31 octobre 2012). *Canadian Blood Services: A new model for funding and delivery*. Présentation au Conference Board du Canada. Sommet sur la santé et les soins durables, Toronto, ON. Extrait le 13 août 2013 de http://webcast.conferenceboard.ca/EPRO_5213/S09/data/downloads/Sher_presentation_201210.pdf
- 85** Société canadienne du sang. (2011). *A model for innovative, sustainable, cost-shared healthcare service delivery and governance—Report to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology*. Ottawa, ON : Société canadienne du sang.
- 86** Partenariat canadien contre le cancer. (2012). *Faire progresser l'action vers une vision commune*. Toronto, ON : Partenariat canadien contre le cancer.
- 87** Fairclough, L., Hill, J., Bryant, H. et Kitchen-Clarke, L. (2012). *Accelerating knowledge to action—The pan-Canadian cancer control strategy*. *Current Oncology*, 19(2), 70-77.
- 88** Partenariat canadien contre le cancer. (2012-2013). *Mieux ensemble : Grandes lignes annuelles*. Toronto, ON : Partenariat canadien contre le cancer.
- 89** Institut canadien pour la sécurité des patients. (2012). *Questionnez. Écoutez. Parlez-en. Examen annuel 2012*. Edmonton, AB : Institut canadien pour la sécurité des patients.
- 90** Commission de la santé mentale du Canada. (2013). *Composition de la CSMC*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/who-we-are>
- 91** Commission de la santé mentale du Canada. (2013). *Rapport annuel 2011-2012 de la Commission de la santé mentale du Canada : Ensemble, nous accélérons le changement*. Calgary, AB : CSMC.
- 92** Institut canadien d'information sur la santé. (2013). *Gouvernance et responsabilité*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/subtheme/about+cihigovernance+and+accountability/cihi010704>
- 93** Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. (2013). *À propos de l'ACMTS*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.cadth.ca/fr/cadth>
- 94** Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. (2013). *Rapport annuel 2011-2012*. Ottawa, ON : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.

- 95** Ministère des Finances du Canada. (2011). *Archivé—Fiche d'information sur le renouvellement des principaux transferts [Feuille d'information]*. Extrait le 13 août 2013 de http://www.fin.gc.ca/n11/data/11-141_1-fra.asp
- 96** Institute for Healthcare Improvement. (2012). *IHI Triple Aim improvement community prospectus*. Cambridge, MA : Institute for Healthcare Improvement.
- 97** Qualité des services de santé Ontario. (2012). *Plan stratégique*. Toronto, ON : Qualité des services de santé Ontario.
- 98** Tholl, B., et Grimes, K. (2012). *Strengthening primary health care in Alberta through family care clinics: From concept to reality*. Edmonton, AB : Gouvernement de l'Alberta.
- 99** Braveman, P., et Gruskin, S. (2003). *Defining equity in health*. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(1), 254-258.
- 100** Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. (2012). *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick pour 2012*. Moncton, NB : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick.
- 101** British Columbia Patient Safety and Quality Council. (2012). *BC health quality matrix. Handbook to support the use of the BC health quality matrix*. Vancouver, BC : British Columbia Patient Safety and Quality Council.
- 102** Qualité des services de santé Ontario. (2012). *Observateur de la qualité. Rapport sur le système de santé de l'Ontario, 2012*. Toronto, ON : Qualité des services de santé Ontario.
- 103** Conseil canadien de la santé. (2013). *Quelle voie mène à la qualité? Principales perspectives sur l'amélioration de la qualité des systèmes de soins de santé au Canada*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.
- 104** Baker, G.R., et Denis, J. (2011). *A comparative study of three transformative healthcare systems: Lessons for Canada*. Ottawa, ON : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.
- 105** Gouvernement de l'Australie. (2012). *About National Health Reform*. Extrait le 13 août 2013 de http://yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/health-reform-overview#Udq_80TVCuI
- 106** National Health Service. (2009-2013). *Welcome to the NHS change model*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.changemodel.nhs.uk/pg/dashboard>
- 107** National Health Service. (2013). *An introduction to the NHS Change Model*. London, R.-U. : National Health Service.
- 108** Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. (2013). *The changing national role in health system governance—A case-based study of 11 European countries and Australia*. Genève, CH: Organisation mondiale de la Santé.
- 109** Organisation de coopération et de développement économiques. (2012). *OECD health care quality review: Korea—Assessment and recommendations*. Paris, FR : Organisation de coopération et de développement économiques.
- 110** Organisation de coopération et de développement économiques. (2012). *OECD reviews of health care quality: Israel—Executive summary, assessment and recommendations*. Paris, FR : Organisation de coopération et de développement économiques.
- 111** Organisation de coopération et de développement économiques. (2013). *OECD reviews of health care quality: Denmark—Executive summary, assessment and recommendations*. Paris, FR : Organisation de coopération et de développement économiques.
- 112** Firth-Cozens, J., et Mowbray, D. (2001). Leadership and the quality of care. *Quality in Health Care*, 10 (Suppl II), ii3-ii7.
- 113** Ilgen, D.R. (1999). Teams embedded in organizations. Some implications. *American Psychological Association*, 54(2), 129-139.
- 114** Best, A., Greenhalgh, T., Lewis, S., Saul, J.E., Carroll, S., et Bitz, J. (2012). Large-system transformation in health care: A realist review. *The Milbank Quarterly*, 90(3), 421-456.
- 115** Oliver, S. (2006). Leadership in health care. *Musculoskeletal care*, 4(1), 38.
- 116** Provost, L., Miller, D., et Reinertsen, J. (2006). *A framework for leadership for improvement*. Cambridge, MA : Institute for Healthcare Improvement.
- 117** Qualité des services de santé Ontario. (2013). *Leadership*. Toronto, ON : Qualité des services de santé Ontario.
- 118** Bridgman, P., et Davis, G. (2004). *The Australian policy handbook* (3^e éd., p.183 -184). Australie : Allen & Unwin.
- 119** Conseil canadien de la santé. (2012). *Mesure de la performance du système de santé au Canada : Possibilités d'optimisation*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.
- 120** Crisp, B.R., Swerissen, H., et Duckett, S.J. (2000). Four approaches to capacity building in health: Consequences for measurement and accountability. *Health Promotion International*, 15, 99-107. doi: 10.1093/heapro/15.2.99
- 121** Seeman, N., & Rizo, C. (2009). Communicating the health care innovation agenda to Canadians. *Policy Options*, 63-67.
- 122** Länsisalmi, H., Kivimäki, M., Aalto, P., & Ruoranen, R. (2006). Innovation in healthcare: A systematic review of recent research. *Nursing Science Quarterly*, 19, 66-72. doi: 10.1177/0894318405284129
- 123** Pencheon, D. (2008). *The good indicators guide: Understanding how to use and choose indicators*. Coventry, UK: NHS Institute for Innovation and Improvement.
- 124** Norris, S. (2009). *The wait times issue and the patient wait times guarantee*. Ottawa, ON : Bibliothèque du Parlement.
- 125** Alliance pour les temps d'attente. (2008). *À propos de nous*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.waittimealliance.ca/french/about.htm>
- 126** Santé Canada. (2011). *Archivée—Initiative nationale de réduction des temps d'attente (INRTA)*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/finance/hccpcp-pcps/nwti-inrta-fra.php>
- 127** Conseil canadien de la santé. (2009). *Rapport de progrès 2011 : Renouvellement des soins de santé au Canada. Annexe : Profils des provinces et territoires*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.
- 128** Conseil canadien de la santé. (2013). *Profils des provinces et territoires dans la perspective du renouvellement des soins de santé. Annexe du Rapport de progrès 2013 : Renouvellement des soins de santé au Canada*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.
- 129** Santé Canada. (2011). *Synthèse des résultats, par thème*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/finance/hccpcp-pcps/theme-fra.php>
- 130** Conseil canadien de la santé. (2011). *Rapport de progrès 2011 : Renouvellement des soins de santé au Canada*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.

- 131** Groupe de travail ministériel fédéral/provincial/territorial. (2006). *Rapport d'étape sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques*. Ottawa, ON : Santé Canada.
- 132** Conseil canadien de la santé. (2009). *Rapport d'étape sur la Stratégie nationale en matière de produits pharmaceutiques : Une ordonnance non remplie*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.
- 133** Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. (2011). *Rapport annuel 2011*.
- 134** Santé Canada. (2012). *Feuille de route pour la réglementation des produits de santé et des aliments*. Ottawa, ON : Ministère de la Santé.
- 135** Instituts de recherche en santé du Canada. (2011). À propos du RIEM. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/39389.html>
- 136** Instituts de recherche en santé du Canada. (31 octobre 2011). Document d'information—Réseau canadien pour l'étude observationnelle des médicaments. [Communiqué]. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/44480.html>
- 137** Instituts de recherche en santé du Canada. (2012). *Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments (RIEM)*. Extrait le 13 août 2013 de <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/40269.html>
- 138** Institut canadien d'information sur la santé. (2013). *Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits*. Extrait le 13 août 2013 de http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/fr/document/types+of+care/pharmaceutical/services_drug
- 139** Inforoute Santé du Canada. (2012). *Rapport annuel 2011—2012*. Toronto, ON : Inforoute Santé du Canada.
- 140** Inforoute Santé du Canada. (2012). *Série sur le leadership éclairé*. Extrait le 13 août 2013 de <https://www.infoway-inforoute.ca/index.php/fr/progres-au-canada/experiences-et-perspectives/serie-sur-le-leadership-eclairé>
- 141** Inforoute Santé du Canada. (2012). *Ce que nous faisons*. Extrait le 13 août 2013 de <https://www.infoway-inforoute.ca/index.php/fr/a-propos-dinforoute/ce-que-nous-faisons>
- 142** Inforoute Santé du Canada et Pan-Canadian Health Information Privacy Group. (2012). *Privacy and EHR information flows in Canada*. Version 2.0. Ottawa, ON : Inforoute Santé du Canada.
- 143** Prism Economics and Analysis. (2009). *Health informatics and health information management. Human resources report*. Toronto, ON : Prism Economics and Analysis.
- 144** COACH : Canada's Health Informatics Association. (2012). *Health informatics professional core competencies*. Toronto, ON : COACH : Canada's Health Informatics Association.
- 145** Inforoute Santé du Canada. (2012). *Cliniciens en formation*. Extrait le 13 août 2013 de : <https://www.infoway-inforoute.ca/index.php/fr/progres-au-canada/nouvelle-generation-cliniciens-en-formation>
- 146** Inforoute Santé du Canada. (2012). *Réseaux de soutien des cliniciens par les pairs*. Extrait le 13 août 2013 de : <https://www.infoway-inforoute.ca/index.php/fr/progres-au-canada/reseaux-de-soutien-des-cliniciens-par-les-pairs>
- 147** Inforoute Santé du Canada. (2012). *Vue d'ensemble*. Extrait le 13 août 2013 de <https://www.infoway-inforoute.ca/index.php/fr/programmes-services/unite-collaborative-de-normalisation/vue-d-ensemble>
- 148** Inforoute Santé du Canada. (2012). *Unité collaborative de normalisation*. Extrait le 16 août 2013 de <https://www.infoway-inforoute.ca/index.php/fr/programmes-services/unite-collaborative-de-normalisation>
- 149** Instituts de recherche en santé du Canada. (2013). *Fiche de renseignements—Les projets de recherche sur l'innovation en cybersanté [Fiche de renseignements]*. Extrait le 28 août 2013 de <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/46838.html>
- 150** Inforoute santé du Canada. (2013). *Un cadre et une trousse d'outils pour gérer les changements en matière de santé électronique : Personnes et processus*. Ottawa, ON : Inforoute santé du Canada.
- 151** Lapointe, L., Hughes, J., Simkus, R., Lortie, M., Sanche, S., et Law, S. (2012). *The population health management challenge. Final report*. Collaboration de recherche de St. Mary's Hospital, MEDbASE research et Faculté de gestion de McGill.
- 152** Inforoute santé du Canada. (2006). *Connexions santé. Indicateurs d'évaluation des avantages d'Inforoute santé du Canada. Rapport technique. Version 1.0*. Ottawa, ON : Inforoute santé du Canada.
- 153** Inforoute santé du Canada. (2012). *Indicateurs d'évaluation des avantages d'Inforoute santé du Canada. Rapport technique. Version 2.0*. Ottawa, ON : Inforoute santé du Canada.
- 154** Bell Browne Molnar & Delicate Consulting. (2013). *Rapport indépendant d'évaluation et vérification du rendement, mars 2013. Rapport final*. Ottawa, ON : Inforoute santé du Canada.
- 155** Bureau du vérificateur général du Canada. (2010). *Survot des rapports de vérification fédéral et provinciaux*. Ottawa, ON : Bureau du vérificateur général du Canada.
- 156** Inforoute santé du Canada. (2012). *Réalisation des avantages*. Extrait le 13 août 2013 de <https://www.infoway-inforoute.ca/index.php/fr/progres-au-canada/realisation-des-avantages>
- 157** Organisation mondiale de la Santé. (2000). *Rapport sur la santé dans le monde, 2000—Pour un système de santé plus performant*. Genève, CH : Organisation mondiale de la Santé.
- 158** Kelley, E., et Hurst, J. (2006). Health care quality indicators project conceptual framework paper. *Documents de travail sur la santé, OCDE*. Paris, FR : Organisation de coopération et de développement économiques.
- 159** Perla, R.J., Bradbury, E., et Gunther-Murphy, C. (2013). Large-scale improvement initiatives in healthcare: A scan of the literature. *Journal for Healthcare Quality*, 35(1), 30-40.
- 160** Stiefel, M., et Nolan, K. (2012). *A guide to measuring the Triple Aim: Population health, experience of care, and per capita cost. IHI Innovation Series white paper*. Cambridge, MA : Institute for Healthcare Improvement.
- 161** Fonds du Commonwealth. (2006). *Framework for a high performance health system for the United States*. New York, NY : Fonds du Commonwealth.
- 162** Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Santé 2020 : Un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être*. Danemark : Organisation mondiale de la Santé.
- 163** Institut canadien d'information sur la santé. (2013). *Cadre de mesure de la performance du système de santé*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé.
- 164** Conseil canadien de la santé. (2009). *Équipes à l'œuvre : Les équipes de soins de santé primaires au Canada*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.

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

Format de citation recommandée :

Conseil canadien de la santé. (2013). *Meilleure santé, meilleurs soins, meilleure valeur pour tous : Recentrer la réforme des soins de santé au Canada*. Toronto : Conseil canadien de la santé. conseilcanadiendelasante.ca

ISBN 978-1-926961-88-0 PDF

ISBN 978-1-926961-87-3 Imprimé

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. Pour obtenir la permission, veuillez communiquer avec information@conseilcanadiendelasante.ca.

© (2013) Conseil canadien de la santé

This publication is also available in English.



Health Council of Canada
Conseil canadien de la santé

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

tél : 416.481.7397
sans frais : 1.866.998.1019
télec : 416.481.1381

information@conseilcanadiendelasante.ca
conseilcanadiendelasante.ca