



# De l'innovation à l'action :

premier rapport du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé



« Cette année marque le 50<sup>e</sup> anniversaire de l'assurance-maladie.  
Les premiers ministres souhaitent créer une nouvelle approche  
qui permettra d'offrir des soins de meilleure qualité, tout en étant viable. »

– Le premier ministre Brad Wall.

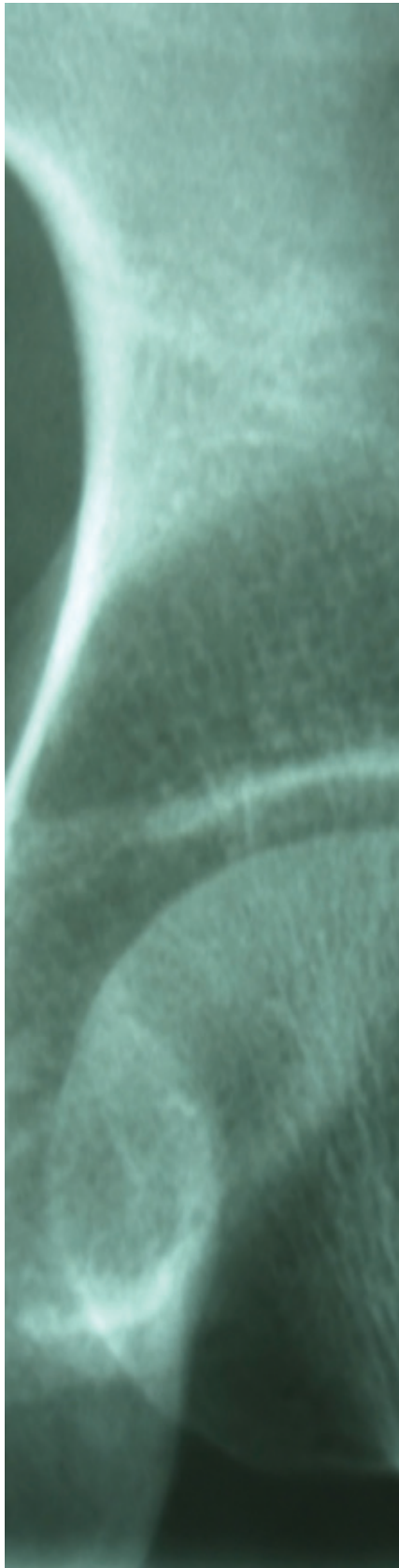
« Nous assurons le fonctionnement de 13 systèmes de santé distincts dans ce pays,  
et certaines provinces font certaines choses mieux que d'autres.  
Nous pensons qu'il y a là une véritable occasion de collaboration entre nous tous. »

– Le premier ministre Robert Ghiz.

« Il s'agit là d'un plan de travail imposant.  
Nous devons non seulement innover, mais nous assurer également  
que nous partageons ces innovations dans tout le pays. »

– La première ministre Christy Clark.

# Table des matières



Résumé.....	4
I. De l'innovation à l'action en matière de soins de santé.....	4
II. Rendre de bons soins de santé encore meilleurs .....	5
III. Prendre conscience des défis à relever .....	5
IV. Résumé des recommandations.....	5
1.0 Présentation : <i>De l'innovation à l'action</i> .....	7
1.1 Le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé .....	7
1.2 Les principes des changements novateurs : <i>Une meilleure santé, de meilleurs soins et une meilleure valeur</i> .....	8
2.0 Défis et possibilités en matière de soins de santé .....	9
2.1 Les défis : <i>géographie, démographie et viabilité</i> .....	9
2.2 Les possibilités : miser sur nos forces .....	10
3.0 <i>De l'innovation à l'action</i> : recommandations .....	11
3.1 Les guides de pratique clinique .....	11
3.2 Les modèles de soins en équipe .....	14
3.3 La gestion des ressources humaines du secteur de la santé .....	18
4.0 Thématiques émergentes .....	20
4.1 Initiative pour des médicaments génériques à prix concurrentiel .....	20
4.2 L'amélioration continue dans les soins de santé.....	21
5.0 De l'innovation à l'action : déploiement, mesure et évaluation .....	22
5.1 Degré de préparation au changement : la gestion de changement .....	22
5.2 Mesure et évaluation .....	22
6.0 Aller de l'avant : améliorer les soins au patient.....	23
Références .....	24
Annexe.....	26

# Résumé

## I. De l'innovation à l'action en matière de soins de santé

Les soins de santé sont constamment classés parmi les priorités de premier plan des Canadiens. Bien que les citoyens soient fiers, et avec raison, de la mise sur pied du régime d'assurance-maladie, nous pouvons améliorer les soins de santé et la valeur qu'obtiennent les contribuables.

En janvier 2012, les premiers ministres se sont réunis dans le cadre du Conseil de la fédération afin de discuter d'un ensemble d'enjeux en matière de soins de santé auxquels est confrontée la population canadienne. Les premiers ministres avaient alors convenu que l'innovation est essentielle pour améliorer la prestation des soins.<sup>1</sup>

L'avantage d'adopter l'innovation comporte deux volets. Tout d'abord, puisque chaque province et chaque territoire possède son propre système de santé, des pratiques de pointe efficaces et judicieuses voient continuellement le jour et peuvent être partagées dans tout le pays pour améliorer les soins aux patients. Les idées et les moyens novateurs d'assurer des services de santé doivent être partagés plus efficacement si nous voulons offrir les meilleurs soins du monde au public que nous servons et que nous représentons tous les jours.

Deuxièmement, nous pouvons améliorer nos systèmes de santé par l'innovation. Les premiers ministres provinciaux et territoriaux souhaitent mettre de l'avant une nouvelle approche qui permettra d'assurer une meilleure santé, de meilleurs soins et une meilleure valeur pour nos citoyens. *De l'innovation à l'action en matière de santé* constitue notre engagement à atteindre cet objectif. Aller de l'avant ne sera pas chose facile, mais nous pensons avoir la responsabilité et l'obligation de travailler plus efficacement, ensemble, afin d'offrir une meilleure valeur aux patients.

Le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé devait se concentrer sur trois domaines prioritaires :

- **Les guides de pratique clinique** qui favorisent une plus grande uniformité dans la prestation de soins fondés sur les faits probants.
- **Les modèles de prestation de soins en équipe**, qui encouragent les professionnels de la santé à mettre à contribution leur plein potentiel afin de mieux répondre aux besoins des patients et de la population de manière sûre, compétente et à meilleur coût.
- **Les initiatives en gestion des ressources humaines du secteur de la santé** qui favorisent une approche plus coopérative et fondée sur les besoins en matière de planification des RH afin de réduire la concurrence pour des ressources entre les gouvernements.

Ces domaines prioritaires ont été retenus pour plusieurs raisons. Tout d'abord, ils peuvent améliorer considérablement les résultats pour les patients. Ensuite, ils aident à faire face aux enjeux réels et urgents de nos systèmes de santé respectifs, que ce soit en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques, de soins aux aînés (en raison du vieillissement de nos populations) ou de prestation de soins dans les régions rurales ou éloignées. Enfin, il s'agit de domaines où des pratiques de pointe et des modèles d'innovation existent à travers le pays.

Les coûts associés à de tels défis sont considérables. Les principales maladies chroniques accaparent à elles seules, au Canada, 93 milliards de dollars par année en coûts directs et indirects de soins de santé<sup>2</sup>. Ces sommes n'incluent pas les coûts humains considérables et les répercussions sur la qualité

de vie des Canadiens qui doivent vivre avec ces maladies qui peuvent être évitées et que l'on peut contrôler.

Les recommandations relatives aux guides de pratique clinique et aux modèles de soins en équipe de ce rapport permettront aux Canadiens de bénéficier d'une meilleure qualité de vie.

Les maladies cardiovasculaires sont l'une des premières causes de décès prématuré et d'incapacité au Canada, et sont à l'origine d'environ 70 000 décès par année – soit près de 30 p. cent de tous les décès. Plus de 1,6 million de Canadiens vivent avec une maladie cardiovasculaire, ce qui peut limiter considérablement la vie de tous les jours<sup>3</sup>.

Un rapport de 2010 du Conference Board of Canada évaluait que les coûts annuels directs et indirects associés aux maladies cardiovasculaires se chiffraient à 20,9 milliards de dollars. De cette somme, les coûts annuels directs liés aux hospitalisations pour des maladies cardiovasculaires étaient estimés à environ 2,9 milliards de dollars (soit 14 % du total)<sup>4</sup>. Avec les lignes directrices C-CHANGE recommandées, nous pourrions mieux contrôler les problèmes entourant les maladies cardiovasculaires, réduire le nombre d'hospitalisations et faire une différence dans la qualité de vie des patients souffrant de maladies cardiovasculaires, en plus d'en réduire le coût pour les systèmes de santé.

L'Association canadienne du diabète (ACD) et l'Association canadienne du soin des plaies (ACSP) soulignent que :

- environ 345 000 des 2,7 millions de Canadiens qui vivent avec le diabète souffriront d'un ulcère du pied au cours de leur vie;
- les personnes souffrant de diabète sont hospitalisées 23 fois plus fréquemment pour l'amputation d'un membre qu'une personne qui n'est pas diabétique;
- l'ulcère du pied chez les personnes atteintes de diabète coûte plus de 150 millions de dollars par an à nos systèmes de santé;
- environ 85 % de toutes les amputations de jambes chez les personnes atteintes de diabète sont le résultat d'un ulcère du pied qui ne guérit pas.<sup>5</sup>

L'ACD souligne également que les recherches sur les pratiques exemplaires en prévention suggèrent que par de l'éducation, un suivi et un traitement précoce, la plupart des ulcères du pied chez les personnes diabétiques peuvent être prévenues et de 49 % à 85 % des amputations pourraient être évitées<sup>6</sup>. Les lignes directrices recommandées pour l'ulcère du pied chez les personnes diabétiques concernent principalement les soins préventifs et visent également à aider les Canadiens qui souffrent du diabète à éviter le traumatisme physique et effectif provoqué par une amputation.

Les thématiques émergentes pour des travaux futurs comprennent entre autres un examen des autres possibilités de travailler ensemble à améliorer la qualité et la valeur des services de soins de santé. Les travaux dans le domaine des médicaments génériques semblent prometteurs pour nous aider à contenir les coûts croissants des médicaments dans nos gouvernements respectifs. Ces travaux pourraient s'inspirer de ceux que réalisent présentement les provinces et les territoires à l'égard des produits pharmaceutiques innovateurs.

De même, le degré d'adoption des principes de gestion allégée Lean (amélioration continue de la qualité) dans les systèmes de santé provinciaux et

territoriaux, qui permet de meilleurs résultats et une meilleure expérience des soins de santé pour les patients, mérite qu'on s'y attarde.

Si les Canadiens continuent d'apprécier le fait de pouvoir profiter d'un accès aux soins de santé en temps opportun, nous devons faire plus pour adopter des pratiques novatrices, collaboratives et à valeur ajoutée.

## II. Rendre de bons soins de santé encore meilleurs

Nos travaux reposent sur des bases solides. Les programmes de santé provinciaux et territoriaux au Canada ont bien servi les Canadiens pendant de nombreuses années. Aujourd'hui, nous faisons partie des populations dont la santé est parmi la meilleure au monde et notre espérance de vie s'est accrue de presque 10 ans depuis les années 1960. Les Canadiens continuent de vivre plus longtemps et de mener une vie plus saine et cela est dû en grande partie à la qualité des soins de santé dont nous pouvons bénéficier.

Depuis 2004, les provinces et les territoires ont travaillé ensemble à des priorités communes et à une vision pour la santé – que les Canadiens puissent profiter de services qui leur offrent des soins de qualité qui favorisent leur santé et leur bien-être, et ce, à meilleur coût et de manière plus équitable.

Nous avons fait des progrès, mais il y a place à l'amélioration.

Des comparaisons avec le rendement d'autres systèmes de santé au niveau international confirment que le Canada accuse du retard par rapport à de nombreux autres pays industrialisés en ce qui a trait à la qualité des services de santé reçus et du prix que nous payons. Le Conference Board du Canada attribue un « B » au système de santé canadien et le classe en 10<sup>e</sup> place sur 17 pays comparables au Canada<sup>7</sup>.

Ce ne sont pas là les résultats que souhaitent obtenir les provinces et les territoires. Les travaux du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé constituent une étape qui nous permettra de passer d'un rendement moyen à un rendement élevé. Il reste encore beaucoup de place pour l'innovation et pour des soins de grande qualité et nous pouvons dispenser des soins de santé à un coût moins élevé.

## III. Prendre conscience des défis à relever

En nous concentrant sur l'innovation, nous voulons accroître la capacité des provinces et des territoires à mieux relever les défis actuels et émergents de nos systèmes de santé :

- La population vieillissante du Canada crée de nouvelles demandes en matière de soins aux aînés et de prévention et de gestion des maladies chroniques.
- L'immensité géographique du Canada et la faible densité de notre population ouvrent la voie à des défis en matière d'accès aux soins de santé primaires et aux services d'urgence pour les Canadiens des régions rurales ou éloignées.
- Ces défis s'ajoutent au coût des soins de santé en hausse et aux pressions fiscales croissantes imposées aux gouvernements des provinces et des territoires.

## IV. Résumé des recommandations

Tout en étant conscient que les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de la gestion de leur propre système de santé, le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé formule les recommandations qui suivent. Elles identifient des pratiques exemplaires précises en matière de santé, qui sont considérées comme innovantes. Elles sont assorties d'une approche et d'un calendrier de mise en œuvre, de suivis et de rapports, et proposent des aspects à considérer pour les travaux futurs.

### Recommandations concernant les guides de pratique clinique

1. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent à leurs ministres de travailler avec leurs communautés cliniques respectives et avec les fonctionnaires de la santé, avec comme objectif d'adopter les guides de pratique clinique suivants :
  - Les lignes directrices du projet C-CHANGE pour les maladies cardiovasculaires;
  - Les lignes directrices pour l'évaluation et le traitement des plaies du pied chez les personnes atteintes de diabète de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO).
2. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent aux ministres de travailler avec leurs communautés cliniques respectives et les fonctionnaires de la santé, avec comme objectif d'élaborer, d'ici six mois, des stratégies de déploiement provinciales et territoriales.
3. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent aux ministres de faire rapport dans les 24 mois, au Conseil de la fédération, par l'intermédiaire du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé sur l'état d'avancement de la mise en œuvre.
4. **Il est recommandé que** les premiers ministres encouragent les organismes nationaux de fournisseurs de soins de santé à collaborer avec leurs associations provinciales et territoriales, le cas échéant, à promouvoir l'adoption des guides de pratique clinique recommandés.
5. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent aux ministres de consulter leurs groupes de fournisseurs de soins et leurs groupes de patients respectifs afin d'identifier d'autres pratiques de pointe dans les guides de pratique clinique qui pourraient être partagées entre les provinces et les territoires, et de formuler une proposition pour aider cette initiative à aller de l'avant.

### Recommandations concernant les modèles de soins dispensés en équipe

6. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent aux ministres d'envisager d'adapter les éléments et les facteurs de réussite des modèles suivants, qui répondent le mieux aux besoins de leur gouvernement :
  - Accès aux soins primaires  
Chinook Primary Care Network : clinique Taber (AB)  
Équipe-santé familiale : hôpital St. Michael (ON)  
Modèle des groupes de médecine familiale (QC)  
Paramédecine communautaire des îles Long et Brier (NÉ)

- Accès aux soins d'urgence dans les communautés rurales  
Collaborative Emergency Centre (NÉ)
  - Accès à de meilleurs soins à domicile  
Hôpital virtuel (MB)  
Hôpital virtuel pour les soins de courte durée à domicile (CB)  
Programme extra-mural (NB)
7. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent au Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé de définir les options d'une plateforme visant à assurer l'identification continue et la diffusion de l'information sur les modèles novateurs en vue de favoriser l'adoption de pratiques de pointe.

### Recommandations concernant les initiatives sur les ressources humaines en santé

8. **Il est recommandé que** les premiers ministres appuient les Principes directeurs pour la gestion des ressources humaines du secteur de la santé suivants :
- a) **Partager les faits probants** – Les provinces et les territoires devraient partager l'information sur le marché du travail dans le secteur de la santé en vue de favoriser une prise de décision efficace.
  - b) **Rechercher l'innovation** – Les provinces et les territoires devraient partager les pratiques de pointe et travailler en étroite collaboration sur des approches novatrices pour gérer les coûts de la rémunération et réduire la concurrence.
  - c) **Respecter l'interdépendance** – Les provinces et les territoires devraient reconnaître que les décisions individuelles des gouvernements en matière de gestion des ressources humaines peuvent avoir des effets sur d'autres gouvernements.
  - d) **Prendre des décisions éclairées** – Les provinces et les territoires devraient envisager d'agir dans tous les domaines d'intérêt mutuel et considérer toutes les approches communes de la gestion des ressources humaines.
  - e) **Intégrer la planification** – Les provinces et les territoires devraient travailler ensemble afin de se doter d'une offre adéquate de ressources humaines dans le secteur de la santé aux niveaux provincial et national.
9. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent aux ministres de travailler, sur une base volontaire, à la création d'un site Internet sur les ressources humaines du secteur de la santé (RHS) afin de favoriser une meilleure communication de l'information sur les marchés du travail dans le secteur de la santé entre les provinces et les territoires.

10. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent aux ministres d'entreprendre, sur une base volontaire, les initiatives en matière de ressources humaines du secteur de la santé suivantes et de faire rapport au Conseil de la fédération sur les progrès réalisés :

- a) **Projections communes en matière de main-d'œuvre** – Travailler avec les facultés de sciences de la santé, de sciences infirmières et de médecine et avec les fournisseurs de soins réglementés à l'adaptation et à l'adoption de pratiques de pointe en planification en fonction des besoins, et travailler également auprès des diverses professions de la

santé à l'évaluation des besoins au regard de la disponibilité en main-d'œuvre actuelle et projetée dans les provinces et les territoires. Ce travail commun pourrait s'inspirer de plusieurs modèles, tels que le Modèle de simulation fondé sur les besoins en personnel médical dans la population de l'Ontario, le Modèle de simulation pour les technologues en imagerie de résonance magnétique (IRM) ou d'autres modèles déjà en place à travers le Canada.

- b) **Analyse et ensemble de données communes** – Créer et maintenir à jour un ensemble de données de base qui permettrait le partage de données quantitatives et qualitatives comparables entre les gouvernements, telles que des données sur les taux de vacance et/ou nombre de postes affichés; initiatives législatives; recours et productivité des projets pilotes; recrutement en régions rurales et stratégies de rétention; définitions usuelles des principales mesures relatives à l'offre et à la demande.
- c) **Partage des capacités de formation** – Analyser la capacité des gouvernements en terme de formation pour la gamme complète des professionnels de la santé en fonction des besoins actuels et projetés en matière de soins de santé, et ce, en tenant compte de l'adoption de modèles de prestation novateurs dans les gouvernements et en reconnaissant la nécessité de partager le financement afin d'assurer une formation de grande qualité pour les programmes à « faible masse critique ».

### Recommandations relatives aux médicaments génériques

11. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent aux ministres d'entreprendre les travaux suivants relativement aux médicaments génériques :
- a) Identifier de trois à cinq médicaments génériques à inclure dans une initiative provinciale/territoriale pour des médicaments génériques à prix concurrentiel qui permettrait d'obtenir de meilleurs prix pour les médicaments génériques.
  - b) Mettre en place un mécanisme national d'appel d'offres concurrentiel d'ici l'automne 2012, qui permettrait l'entrée en vigueur de prix moins élevés le 1<sup>er</sup> avril 2013.

### Recommandation pour faire progresser les travaux

12. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent au Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé d'assurer un suivi des progrès réalisés à l'égard des initiatives proposées dans le rapport De l'innovation à l'action en matière de soins de santé.

*Toutes les provinces et tous les territoires ont contribué aux travaux du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé et partagent les objectifs fondamentaux qui sous-tendent le rapport. Les provinces et les territoires entendent mettre en œuvre les mesures et les recommandations décrites dans ce rapport dans la mesure où ils les jugent appropriées pour leur système de santé. Toutes les provinces et tous les territoires continueront de s'échanger et de se partager de l'information et des pratiques exemplaires.*

# 1.0 Présentation : De l'innovation à l'action



## 1.1 Le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé

En janvier 2012, les premiers ministres se sont réunis dans le cadre du Conseil de la fédération afin de discuter d'un ensemble d'enjeux en matière de soins de santé auxquels la population canadienne fait face. Les premiers ministres avaient alors convenu de la nécessité de faire preuve d'innovation. Ils souhaitaient mettre de l'avant une nouvelle approche en matière de soins de santé qui permettrait d'offrir des soins de meilleure qualité de façon viable. Fournir les meilleurs soins de santé du monde au public que nous desservons et que nous représentons est un objectif à la fois positif et stimulant, qui ne pourra être atteint si les provinces et les territoires n'adoptent pas d'approches innovantes pour la prestation des soins de santé.

En appui à cet objectif, les premiers ministres ont mis sur pied le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé (ci-après désigné le « Groupe de travail »), sous la présidence des premiers ministres Robert Ghiz et Brad Wall, afin qu'il identifie les innovations en matière de prestation de soins qui pourraient être partagées dans l'ensemble du Canada. Il existe effectivement des îlots de pratiques novatrices et à rendement élevé d'un océan à l'autre. Le défi consiste à identifier les innovations qui pourront être partagées dans l'ensemble du Canada, par l'intermédiaire des gouvernements et en fonction de contextes variés.

Le Groupe de travail devait former des groupes thématiques qui amorceraient leurs travaux sur les pratiques exemplaires dans trois domaines connexes :

- **Les guides de pratique clinique** qui favorisent une plus grande uniformité dans la prestation de soins fondés sur les faits probants;
- **Les modèles de soins dispensés en équipe**, qui encouragent tous les professionnels de la santé à utiliser pleinement leurs compétences afin de mieux répondre aux besoins des patients et de la population de manière

sûre, compétente et à meilleur coût;

- **Les initiatives de gestion des ressources humaines en santé** qui permettent d'avoir recours à une approche plus coopérative et axée sur les besoins de la planification des ressources humaines, afin de réduire la concurrence entre les gouvernements pour des ressources humaines du secteur de la santé.

La mise sur pied du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé est importante à plus d'un titre :

- Elle marque un degré d'engagement des premiers ministres jamais vu jusqu'à maintenant pour une cause provinciale-territoriale.
- Le degré et la nature de la collaboration provinciale-territoriale mise de l'avant pour ce rapport et pour les recommandations qui en ont découlé sont sans précédent. Les premiers ministres ont demandé au Groupe de travail de faire appel à la participation d'associations telles que l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada, le collectif Health Action Lobby (HEAL) ou autres<sup>8</sup> pour deux des thématiques (les guides de pratique clinique et les modèles de soins en équipe).

Les premiers ministres qui coprésident le Groupe de travail en ont supervisé les activités par l'intermédiaire de leurs sous-ministres de la santé respectifs. Dans le but de cibler les efforts, des sous-groupes ont été formés pour travailler sur chacun des trois thèmes. En ce qui concerne les guides de pratique clinique et les modèles de soins en équipe, les fournisseurs de soins et les hauts fonctionnaires de la santé ont travaillé de concert pour identifier les pratiques de pointe en innovation qui seront présentées au Conseil de la fédération en juillet à Halifax.

## 1.2 Les principes des changements novateurs

### **Une meilleure santé, de meilleurs soins et une meilleure valeur pour le public et les patients que nous desservons et représentons chaque jour.**

Le Groupe de travail est motivé par l'idée de diffuser l'utilisation de modèles novateurs qui auront des effets positifs sur la vie du public et des patients que nous desservons. L'approche adoptée est à la fois pragmatique et visionnaire. Sur le plan pragmatique, nos systèmes de santé respectifs sont confrontés à des défis très concrets :

- la nécessité d'en faire plus pour la santé de nos aînés, alors que notre population vieillit;
- des besoins croissants en matière de prévention et pour une meilleure gestion des maladies chroniques;
- des besoins croissants en soins primaires et soins d'urgence dans les régions rurales ou éloignées;
- des pressions fiscales constantes et croissantes, alors que les coûts des soins de santé augmentent.

Ces défis sont interreliés et les premiers ministres provinciaux et territoriaux ont besoin d'une structure pour les relever. Quel fondement visionnaire et stratégique devrait être utilisé pour des approches et des modèles novateurs ? Le Groupe de travail base son approche sur le principe que les soins de santé devraient être conçus pour atteindre simultanément trois objectifs :

- améliorer la santé de la population;
- améliorer l'expérience du patient en matière de soins (par leur qualité, leur accessibilité et leur fiabilité);
- réduire, ou à tout le moins contrôler, le coût des soins par habitant<sup>9</sup>.

Il apparaît de plus en plus clair que l'excellence, une performance élevée et une bonne valeur ne seront atteignables que si des initiatives stratégiques et des modèles novateurs, appuyés par un ensemble d'objectifs interdépendants, sont mis en œuvre. Le portrait global doit être pris en compte au moment de tenter de stimuler le changement. Le Groupe de travail a entrepris ses travaux en se concentrant sur les points suivants<sup>10</sup>:

**Une meilleure santé** repose sur un concept de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Ces principes soulignent la nécessité d'un accès raisonnable et équitable à des services de soins de santé de qualité, fondés sur les besoins relatifs en matière de santé et non sur la capacité de payer.

**De meilleurs soins**, soit des soins axés sur le patient, qui permettent un accès continu à l'ensemble du continuum de soins. Cet accès dépendra d'un système de soins primaires solide, qui soulagera les pressions imposées aux établissements et favorisera un plus grand recours aux soins à domicile. Ce principe exigera que l'on intensifie les efforts pour améliorer la qualité et le caractère adéquat des soins.



**Une meilleure valeur** caractérise un système viable, offrant un accès universel à des services de qualité, disposant de ressources adéquates. Cette valeur est mesurée et contrôlée et met l'accent sur la responsabilisation et sur les rapports publics.

Ces points ont été l'angle d'approche qui a aidé deux des sous-groupes (guides de pratique clinique et modèles de soins en équipe) à analyser et choisir parmi les innovations en matière de santé, dont certaines sont devenues des recommandations du présent rapport.



## 2.0 Défis et possibilités en matière de soins de santé

L'éventuel déploiement à grande échelle de toute innovation dans la prestation des soins de santé d'un gouvernement à un autre doit reposer sur un consensus concernant les grands défis et les possibilités de chacun de nos systèmes de santé. Plus la capacité de mettre en commun pourra être établie, plus la probabilité de mettre à profit les innovations dans les pratiques cliniques, les modèles basés sur les soins dispensés en équipe et les initiatives en matière de ressources humaines du secteur de la santé sera élevée<sup>11</sup>.

### 2.1 Les défis : géographie, démographie et viabilité

Nous reconnaissons que les systèmes de santé des provinces et des territoires font face à des défis urgents pour la prestation de soins de grande qualité, sûrs et offerts en temps opportun à leurs citoyens. Le Groupe de travail a eu comme directive d'accorder une attention particulière à la prévention et à la gestion des maladies chroniques, aux besoins particuliers des aînés qui sont en croissance au Canada et à ceux des Canadiens vivant dans les régions rurales et dans le nord du Canada. L'analyse qui suit porte sur les défis liés à la situation géographique, à la démographie et à la viabilité et vient souligner l'importance de s'attarder à ces questions.

**Géographie** – Le Canada est le deuxième plus important territoire géographique au Canada, derrière la Russie, avec une densité de population de seulement 3,5 personnes par kilomètre carré, et ce, même si seulement 11 p. cent des Canadiens vivent dans des régions rurales (des collectivités de 1 000 habitants ou moins)<sup>12</sup>.

- Les régions rurales du Canada, surtout les territoires, font face à des problèmes tant en matière d'accès aux soins et de qualité des soins disponibles.
- Des réalités géographiques et une population très éparse font en sorte que la prestation de certains services en régions rurales ou éloignées demeure extrêmement difficile.

**Démographie** – La population canadienne vieillit, principalement en raison de la hausse de l'espérance de vie et des taux de natalité à la baisse. On estime que le nombre d'aînés dépassera celui des enfants dès 2015, ce qui pose des défis importants pour les fournisseurs de soins de santé :

- Les soins aux aînés exigent plus de ressources au fur et à mesure qu'ils vieillissent. On estime que la croissance des coûts des soins de santé en raison du vieillissement de la population se chiffrera à environ 1 % par année de 2010 à 2036<sup>13</sup>.
- Près des trois quarts des personnes de plus de 65 ans souffrent d'au moins une maladie chronique. Ces personnes accaparent 40 p. cent du recours aux soins de santé, visitent les établissements de soins trois fois plus souvent que les aînés qui ne souffrent d'aucune maladie chronique et prennent en moyenne six médicaments d'ordonnance<sup>14</sup>.

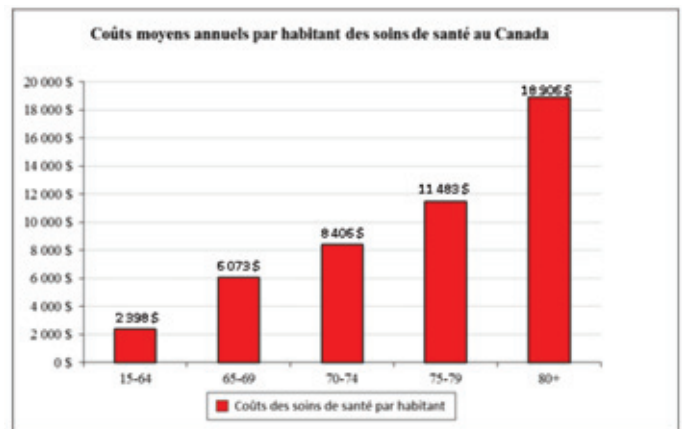
**Viabilité** – Le pourcentage des ressources publiques consacrées aux soins de santé est bien connu et vient souligner l'importance d'assurer la viabilité de la prestation de soins. Les modèles innovants visant une meilleure santé et de meilleurs soins doivent être mis sur pied dans une optique de meilleure valeur.

- Sur une base nationale, le Canada dépense environ 200 milliards de dollars par année (soit environ 5 600 dollars par personne) pour les soins

de santé, ce qui constitue environ 11,4 p. cent de notre produit intérieur brut. Nous sommes en sixième place au sein des pays de l'OCDE pour ce qui est du pourcentage de notre PIB consacré à la santé et des dépenses par habitant. Notre position est demeurée à peu près la même au cours de la dernière décennie et le pourcentage du PIB autant que les dépenses par habitant ont eu tendance à augmenter au fur et à mesure que le revenu par habitant augmentait<sup>15</sup>.

- En 1993, les dépenses en santé accaparaient 32,8 p. cent de toutes les sommes consacrées à des programmes par les provinces et les territoires. En 2010, cette proportion a augmenté à 37,8 p. cent<sup>16</sup>. Nos systèmes de santé emploient également un grand nombre de Canadiens, et la rémunération constitue une part importante des dépenses provinciales en santé.
- Depuis 2001, le taux d'augmentation des dépenses en santé dépasse la croissance des revenus. Selon l'ICIS, « En 2010, selon le niveau de prix de 1997, les revenus étaient supérieurs de 48 % à ceux de 1993. Durant cette même période, le taux cumulé d'augmentation des dépenses de santé était 76 % plus élevé<sup>17</sup>. »

Nous croyons que le Canada doit recentrer ses efforts pour améliorer la valeur globale que nous obtenons pour les dollars consacrés aux soins de santé. Accroître cette valeur est essentiel pour assurer la viabilité de la prestation de soins au Canada<sup>18</sup>.



Source: Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2011. Institut canadien d'information sur la santé.



Remarque  
Les données du SGF sont tirées d'une estimation pour 2009 et 2010.

Sources  
Système de gestion financière (SGF), Statistique Canada; comptes publics provinciaux, budgets, budgets principaux des dépenses.



## 2.2 Les possibilités : miser sur nos forces

Chaque province et chaque territoire dispose de son propre système de santé. Pour cette raison, le Canada est un véritable laboratoire pour les approches innovantes en matière de prestation de soins, puisque les gouvernements font face à de nouveaux défis émergents. Pour être en mesure de préciser quelles innovations les plus prometteuses devraient être adoptées, nous devons tirer partie des grandes forces de nos systèmes de santé :

**Les fournisseurs de soins.** Le personnel infirmier, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les psychologues et de nombreux autres professionnels de la santé canadiens sont parmi les mieux formés au monde. Comme le soulignait en 2007 le rapport intitulé *Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne* :

---

*« Les individus œuvrant au sein du système de santé en constituent la principale richesse. Au Canada, l'accès à des services de santé de qualité, efficaces, sûrs et centrés sur le patient dépend de la disponibilité, en tout temps et dans toutes les régions, d'un ensemble de prestataires de services couvrant toute la gamme des compétences requises<sup>19</sup>. »*

---

**Les chercheurs et les éducateurs du secteur des soins de santé.** Les chercheurs et les éducateurs du domaine des soins de santé au Canada sont aussi parmi les meilleurs au monde. Le Groupe de travail croit que les efforts déployés en recherche et en éducation dans tout le pays sont d'une valeur inestimable pour la mise sur pied et la promotion de soins dispensés par des équipes, la création de lignes directrices de pratique clinique et la recherche sur les ressources humaines. Nous devons profiter davantage de cette infrastructure de connaissances pour faire progresser les innovations dans le secteur de la santé.

**De la technologie des soins de santé.** Le Groupe de travail croit qu'il est possible d'utiliser la technologie de manière plus stratégique pour améliorer la prestation de soins de santé. Des programmes tels que la Télésanté et les soins à domicile à distance sont deux exemples éloquentes de la façon dont la technologie peut avoir des effets positifs sur la prestation de services de santé en temps opportun et de façon plus viable. De plus, les données numériques permettent les consultations à distance et la transmission électronique des images, ce qui offre d'excellentes possibilités de régler les problèmes liés à la prestation de soins dans les régions rurales ou éloignées<sup>20</sup>.

Ces possibilités viennent inspirer encore davantage les recommandations mises de l'avant dans la section suivante. Là où la gestion des maladies chroniques, les soins aux aînés et la prestation de soins dans les régions rurales ou éloignées posent des défis, il existe aussi des possibilités d'amélioration dans le domaine des guides de pratique clinique, des soins dispensés en équipe et de la gestion des ressources humaines du secteur de la santé.

## 3.0 De l'innovation à l'action : Recommandations

### 3.1 Les guides de pratique clinique

Lorsqu'un patient consulte un fournisseur de soins de santé, il tient pour acquis que les soins qu'il reçoit sont ce qu'il y a de mieux compte tenu de son état de santé. Les patients et leur famille souhaitent obtenir des soins fondés sur des faits probants qui précisent quelle est la meilleure approche pour le traitement de leur problème de santé. Si vous consultez un fournisseur de soins afin de recevoir un traitement pour des complications liées au diabète, vous souhaitez obtenir un traitement le plus approprié à votre condition particulière. Bien que cela peut sembler évident, trop souvent, les patients ne reçoivent pas les meilleurs traitements lorsqu'ils obtiennent des soins. Réduire les disparités dans les soins par l'établissement de pratiques exemplaires dans les soins cliniques permettra d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients.

Les guides de pratique clinique sont définis en ces termes : « des énoncés élaborés de manière systématique pour contribuer aux décisions des praticiens et des patients sur les soins appropriés à des circonstances cliniques précises<sup>21</sup>. » [traduction] Bien que les chercheurs canadiens soient des chefs de file mondiaux de l'évaluation des guides de pratique clinique fondée sur les faits probants, le Canada ne dispose pas d'une approche systématique pour l'élaboration et la diffusion des guides, ni de quelque moyen systématique que ce soit pour assurer la qualité des guides produits<sup>22</sup>.

En août 2010, les premiers ministres ont lancé un projet visant l'atteinte d'une plus grande uniformité dans les guides de pratique clinique<sup>23</sup>. Ces travaux ont été graduellement intégrés à ceux du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé. En novembre 2011, l'AMC a organisé un sommet sur les guides de pratique clinique<sup>24</sup>. L'événement a donné l'occasion aux groupes de fournisseurs, aux intervenants, aux experts et aux fonctionnaires provinciaux et territoriaux de procéder à des consultations sur l'objectif visant une plus grande uniformité des guides de pratique clinique.

#### Lignes directrices pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

Dans tout le Canada, la prévention et la gestion des maladies chroniques est une source de préoccupation croissante. On estime que 16 millions de Canadiens – soit près de la moitié de la population – vit avec une forme de maladie chronique amenant des répercussions importantes sur le plan économique. On estime que les principales maladies chroniques au Canada accaparent à elles seules 93 milliards de dollars par année en coûts directs et indirects de soins de santé<sup>25</sup>. En plus de leurs répercussions sur le plan économique, les coûts humains associés aux maladies chroniques sont importants : près des trois quarts de tous les décès au Canada sont attribuables à quatre grands types de maladies, dont trois font partie des principales maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, maladies pulmonaires obstructives chroniques)<sup>26</sup>. Le quatrième type est le cancer. Les répercussions des maladies chroniques sur les patients et leur famille sont immenses. Des stratégies et des lignes directrices conçues pour atténuer les effets des maladies chroniques sont nécessaires pour permettre aux individus de bénéficier de la meilleure qualité de vie possible.

Pour l'élaboration des critères d'évaluation de guides de pratiques cliniques, le sous-groupe qui s'y consacrait a tenu compte de plusieurs facteurs. Ceux-ci sont notamment :

- l'incidence et la prévalence des maladies visées par le guide de pratique clinique;

- l'effet de ces guides sur les patients;
- le fardeau financier que représentent ces maladies pour le système de santé;
- la disponibilité de directives cliniques de qualité, fondée sur les faits probants, pour la prise en charge de ces maladies.

Après avoir appliqué ces critères à un certain nombre de domaines, le sous-groupe des guides de pratique clinique a recommandé de se pencher sur les traitements cliniques pour les maladies cardiovasculaires et le diabète, qui constituent des défis auxquels sont confrontés tous les gouvernements en raison du vieillissement de notre population et du taux élevé de maladies chroniques. Ces domaines sont des points de départ pour un travail de collaboration dans ce domaine, lequel s'étendra à tout le Canada.

---

### Une approche équilibrée

Les guides de pratique clinique :

- contribuent à une meilleure santé grâce à des guides harmonisés en matière de prévention;
- améliorent la qualité des soins dispensés par les praticiens, les organismes et les systèmes de santé et améliorent l'expérience du patient;
- apportent une meilleure valeur en favorisant une utilisation plus adéquate des ressources par les fournisseurs de soins.

Source : ministère de la Santé de la Saskatchewan

---

### Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont l'une des plus importantes causes de décès prématuré et d'incapacité au Canada. Elles sont à l'origine d'environ 70 000 décès par année – près de 30 p. cent de tous les décès. Plus de 1,6 million de Canadiens vivent avec une maladie cardiovasculaire qui peut limiter considérablement leurs activités au quotidien<sup>27</sup>.

Les facteurs de risque des maladies cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont bien connus – obésité, tabagisme, hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé et sédentarité. La bonne nouvelle est que plusieurs de ces facteurs de risque peuvent être modifiés par une prise en charge adéquate, notamment par des programmes de perte de poids ou de cessation de fumer, par la prise de médicaments pour l'hypertension ou pour un taux de cholestérol trop élevé.

---

## Coûts directs et indirects associés aux maladies cardiovasculaires

- Selon un rapport de 2010 du Conference Board du Canada, on estime les coûts directs et indirects des maladies cardiovasculaires à 20,9 milliards de dollars par année en dollars de 2005.
- De cette somme, les coûts directs des maladies cardiovasculaires liés aux hospitalisations ont été estimés à 2,9 milliards de dollars par année, soit 14 % du total.

Source : Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire : facteurs de risque et répercussions sur les coûts futurs. Conference Board du Canada, 2010.

---

Le sous-groupe sur les guides de pratique clinique a constaté qu'il existe des centaines de lignes directrices sur les maladies cardiovasculaires, ce qui est source de confusion chez les cliniciens comme chez les patients qu'ils desservent. Les possibilités de variations dans la prestation des soins un peu partout au pays sont élevées et on est loin d'être certain que les lignes directrices les plus efficaces sont régulièrement utilisées. Dans le but de réduire la confusion et de favoriser de meilleurs soins, le sous-groupe a recommandé l'adoption, dans tout le Canada, des lignes directrices pour les maladies cardiovasculaires du projet C-CHANGE, récemment publiées par le Canadian Cardiovascular Harmonization of National Guidelines Endeavour. Les lignes directrices C-CHANGE sont le fruit du travail de huit organismes qui ont travaillé ensemble à l'harmonisation et à l'intégration de plus de 400 recommandations pour former 89 recommandations essentielles, ce qui a permis de réduire la confusion en mettant en place des normes de soins et d'accroître la sécurité pour le patient<sup>28</sup>.

Une autre étude révèle qu'en Ontario, de 1994 à 2005, environ la moitié de la réduction des décès des suites de maladies coronariennes était associée à des améliorations aux principaux facteurs de risque et aux traitements fondés sur les faits probants<sup>29</sup>.

Un rapport estimait que les coûts annuels directs et indirects des maladies cardiovasculaires se chiffraient à 20,9 milliards (en dollars de 2005) et que la proportion de cette somme consacrée aux hospitalisations était d'environ 2,9 milliards de dollars (soit 14 % des dépenses totales)<sup>30</sup>.

Grâce aux lignes directrices C-CHANGE, nous pourrions mieux contrôler les maladies cardiovasculaires, réduire les hospitalisations et faire une différence non seulement en améliorant la qualité de vie des personnes aux prises avec des maladies cardiovasculaires, mais en réduisant le coût de ces maladies pour le système de santé.

## Diabète

Tout comme les maladies cardiovasculaires, le diabète est considéré comme une maladie que l'on peut contrôler. On le définit comme « une maladie chronique parfois mortelle caractérisée par un taux de glycémie élevé qui, si elle n'est pas adéquatement contrôlée, endommage les vaisseaux sanguins, les organes vitaux et le système nerveux<sup>31</sup>. » [traduction] On estime à environ 2,7 millions le nombre de Canadiens souffrant de diabète, soit l'équivalent de 7,6 p. cent de la population, auxquels s'ajoutent un million de cas non diagnostiqués. Environ 7 500 Canadiens meurent chaque année des suites de complications liées au diabète. La prévalence du diabète a pratiquement doublé depuis 2000 et on prévoit qu'elle augmentera et qu'un autre 1,5 million de Canadiens en souffriront, soit 10,7 p. cent de la population, d'ici 2020<sup>32</sup>.

Ces données suggèrent que le diabète occasionne des pertes immenses sur le plan humain. En 2009, il était la principale cause de 34 p. cent de tous les nouveaux cas de maladie rénale en phase terminale. Il est aussi à l'origine d'une demande croissante pour des traitements de dialyse et des transplantations rénales. En 2006, on estimait à près de 500 000 le nombre d'adultes canadiens souffrant d'une maladie oculaire diabétique. Près de 40 % des adultes canadiens qui ont déclaré être atteints de diabète considéraient leur état de santé « moyen » ou « mauvais ». Ces données sont très différentes de celles recueillies auprès des non-diabétiques, qui ont répondu de la même façon dans 10 % des cas seulement. Les personnes souffrant de diabète courent trois fois plus de risques d'être hospitalisées pour une maladie cardiovasculaire que les non-diabétiques, et 20 fois plus de risques de devoir subir l'amputation non traumatique d'un membre inférieur<sup>33</sup>.

---

## Coûts directs et indirects associés au diabète

Les coûts totaux du diabète pour le système de santé et l'économie sont estimés à 11,7 milliards de dollars par an, dont 2,4 milliards en coûts directs de soins de santé et 9,2 milliards en coûts indirects tels que les pertes de salaires.

Source : Association canadienne du diabète, Diabète Québec. Diabète - le Canada à l'heure de la remise en question, 2012.

---

## L'un des plus graves problèmes de santé des diabétiques : l'ulcère du pied

Le diabète est une maladie insidieuse qui affecte l'ensemble du métabolisme et qui provoque des complications dans l'ensemble de l'organisme, de la tête aux pieds. La maladie tend à s'attaquer d'abord aux pieds. Les ulcères du pied sont d'ailleurs l'une des principales causes de maladie et de décès chez les diabétiques. Plusieurs personnes aux prises avec le diabète souffrent aussi de neuropathies périphériques qui peuvent provoquer de la douleur ou un engourdissement et peuvent empêcher ces personnes de remarquer de petites blessures à leurs pieds. Si ces blessures s'infectent, la gangrène peut s'installer et provoquer l'amputation. Les complications aux pieds contribuent à

augmenter considérablement le coût des soins de santé et comptent pour environ 20 p. cent de toutes les causes d'hospitalisation liées au diabète en Amérique du Nord<sup>34</sup>.

En mai 2012, l'Association canadienne du diabète (ACD) et l'Association canadienne du soin des plaies (ACSP) soulignaient que :

- environ 345 000 des 2,7 millions de Canadiens qui vivent avec le diabète souffriront d'un ulcère au pied au cours de leur vie;
- les personnes souffrant de diabète sont hospitalisées 23 fois plus fréquemment pour l'amputation d'un membre qu'une personne qui n'est pas diabétique;
- l'ulcère du pied chez les personnes atteintes de diabète coûte plus de 150 millions de dollars par an à nos systèmes de santé;
- environ 85 % de toutes les amputations de jambes sont le résultat d'un ulcère du pied qui ne guérit pas<sup>35</sup>.

L'ACD soulignait également que les recherches sur les pratiques exemplaires en prévention suggèrent que la plupart des ulcères du pied et des amputations chez les personnes diabétiques peuvent être prévenus et que de 49 % à 85 % des amputations pourraient être évitées par de l'éducation, une surveillance et un traitement précoce<sup>36</sup>. Le guide de pratique clinique recommandé pour l'évaluation et le traitement des plaies du pied chez les personnes atteintes de diabète de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) traite de ce type de soins préventifs. L'adoption de ces lignes directrices fera une réelle différence en aidant à réduire le nombre de Canadiens qui auront à subir le traumatisme physique et affectif provoqué par une amputation.

### Guides de pratique clinique : recommandations de mise en œuvre et de suivi

Les recommandations suivantes permettront de poursuivre l'identification et la diffusion d'information sur les guides de pratique clinique :

1. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent à leurs ministres de travailler avec leurs communautés cliniques respectives et avec les fonctionnaires de la santé, avec comme objectif d'adopter les guides de pratique clinique suivants :

### Lignes directrices C-CHANGE pour les maladies cardiovasculaires

En résumé, les lignes directrices C-CHANGE recommandent :

- Lignes directrices harmonisées en matière de prévention.
- Risques associés aux habitudes de vie (tabagisme, sédentarité, obésité...).
- Stratégies de dépistage (antécédents familiaux, mesure d'indice de masse corporelle, évaluation annuelle pour le diabète de type II, dépistage annuel de l'hypertension).

### Lignes directrices harmonisées pour le diagnostic

- Tests en laboratoire (analyse des urines, ECG)
- Stratégies de stratification des risques (antécédents familiaux, habitudes de vie/tabagisme; patients diabétiques).

### Lignes directrices harmonisées pour le traitement

- Mise en place de cibles en matière de traitement (limiter la consommation d'alcool, viser un poids santé, établir des objectifs en matière de glycémie)
- Interventions en vue d'un comportement sain (régime alimentaire sain, bon pour le cœur; réduction de l'apport en sodium, cessation de fumer)
- Soins pharmacologiques (évaluation des médicaments et de leur interaction; médication personnalisée en fonction du degré de risque et des risques propres au patient; comorbidités ou maladies concurrentes)

### Guide de pratique clinique de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) pour l'évaluation et le traitement des plaies du pied chez les personnes atteintes de diabète

En résumé, le guide de pratique de la RNAO recommande :

- Pour réduire les risques de lésions aux pieds et d'amputations, réaliser des examens des pieds au moins une fois l'an, et plus souvent dans les cas où les risques sont élevés.
  - Les personnes courant un risque élevé devraient recevoir une formation en soins des pieds, porter des chaussures ajustées par un professionnel, obtenir de l'aide pour cesser de fumer et être dirigées rapidement vers un professionnel de la santé si des problèmes surviennent.
  - Les ulcères du pied doivent être traités et contrôlés de manière énergique par un expert d'une équipe multidisciplinaire spécialisé dans la gestion des plaies afin d'en prévenir la récurrence et d'éviter l'amputation.
2. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent aux ministres de travailler avec leurs communautés cliniques respectives et les fonctionnaires de la santé, avec comme objectif d'élaborer, d'ici six mois, des stratégies de déploiement provinciales et territoriales.
  3. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent aux ministres de faire rapport au Conseil de la fédération dans les 24 mois, par l'intermédiaire du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé sur l'état d'avancement de la mise en œuvre.
  4. **Il est recommandé que** les premiers ministres encouragent les organismes nationaux de fournisseurs de soins de santé à collaborer avec leurs associations provinciales et territoriales, le cas échéant, et à promouvoir l'adoption des guides de pratique clinique recommandés.
  5. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent aux ministres de la Santé de consulter leurs groupes de fournisseurs de soins et leurs groupes de patients respectifs afin d'identifier d'autres pratiques de pointe dans les guides de pratique clinique qui pourraient être partagées entre les provinces et les territoires, et de formuler une proposition pour aider cette initiative à aller de l'avant.

## 3.2 Les modèles de soins en équipe

Les modèles de soin en équipe ont une forte capacité d'améliorer les soins pour les patients et aideront considérablement les premiers ministres à répondre aux exigences des systèmes de santé. À titre d'exemple, l'Ontario définit les soins en équipe (qu'il appelle aussi les soins interprofessionnels) en ces termes :

« Les soins interprofessionnels sont une prestation de services de santé complets assurée au patient par de multiples professionnels qui travaillent en collaboration afin d'offrir des soins de qualité dans un établissement et entre plusieurs établissements. »

Dans le cadre des décisions du Conseil de la fédération, le sous-groupe des modèles de soins en équipe devait donner la priorité aux modèles qui se concentrent sur les services de santé axés sur le patient, dispensés en équipe pour les régions rurales ou éloignées, les aînés et les personnes vivant avec une maladie chronique<sup>37</sup>. Ce choix de priorité tient au fait que les améliorations des résultats des soins de santé liées à la mise en œuvre des guides de pratique clinique ont été principalement réalisées dans le cadre de modèles de soins en équipe<sup>38</sup>. Les modèles par équipe offrent d'autres avantages par rapport aux modèles traditionnels en raison de leur approche fondée sur la collaboration, qui a recours à une équipe interprofessionnelle qui s'occupe du patient au lieu que le patient doive aller d'un fournisseur à l'autre, et reçoive ainsi des soins discontinus.

Les patients et leurs familles ont raison d'exiger des soins en temps opportun, dispensés en continu. Les patients ne veulent pas de soins mal coordonnés, où la communication entre les divers fournisseurs est limitée, voire inexistante. Ils veulent un système de santé qui place la personne au cœur du processus – un système qui fonctionne en continu et franchit les cloisons professionnelles et organisationnelles.

---

### Une approche équilibrée

Les modèles de soins en équipe :

- ont démontré leur capacité à générer de meilleurs résultats en santé pour les personnes aux prises avec des maladies chroniques;
- ont fait la preuve qu'ils pouvaient permettre de meilleurs soins grâce à un meilleur accès aux soins de santé et à une meilleure expérience pour le patient;
- ont démontré leur capacité à générer une meilleure valeur grâce à une meilleure utilisation des ressources cliniques.

Source : Collaboration interprofessionnelle en soins de santé : un plan directeur provincial. ProfessionsSantéOntario; 2007.

---

Dès le départ, le sous-groupe a souligné le manque de services de soins de santé coordonnés et prodigués en collaboration ainsi que la sous-utilisation de soins interdisciplinaires<sup>39</sup>. Son objectif consistait à répertorier les modèles de soins en équipe qui parviennent à une collaboration concrète et qui permettent à tous les membres des équipes de travailler au maximum de leur champ de pratique.

Dans le cadre de ses travaux, le sous-groupe a établi une série de critères pour évaluer les modèles de soins. Plus particulièrement, les modèles envisagés devaient :

- cibler un problème particulier du secteur des soins de santé (accès, qualité, intégration déficiente);
- ne pas avoir été conçu pour remplacer un groupe de fournisseurs, quel qu'il soit;
- reposer sur des équipes interdisciplinaires qui permettent aux professionnels d'utiliser l'ensemble de leur champ de pratique;
- être un exemple de collaboration et non de compétition entre les fournisseurs;
- être faciles à mettre en œuvre;
- être transférables et pouvoir être déployés;
- utiliser les faits probants pour en démontrer les effets.

Le sous-groupe sur les modèles de soins par équipe a fait appel à de nombreuses sources d'information pour identifier les pratiques de pointe possibles (provinces et territoires, AMC, AIC, collectif Health Action Lobby). À terme, 68 modèles ont été évalués en fonction des principes et des critères établis; les plus prometteurs sont résumés ci-dessous<sup>40</sup>. Parmi ceux identifiés, d'autres travaux ont été réalisés afin d'en préciser les attributs de base et les principaux facteurs de réussite.

### Thème central : accès à des services de santé d'urgence dans les régions rurales

#### Les Collaborative Emergency Centres de la Nouvelle-Écosse

Le Collaborative Emergency Centre, ou CEC (centre collaboratif de soins d'urgence) est un modèle de soins conçu pour accroître l'accès à des soins primaires complets de qualité et qui est en mesure de faire face à des maladies ou à des blessures inattendues en temps opportun. La Nouvelle-Écosse déploie ce modèle dans les collectivités où il est difficile de maintenir des soins d'urgence jour et nuit, en tout temps.

Le CEC regroupe trois composantes essentielles qui sont intimement liées :

- une équipe de soins de santé primaires;
- la capacité d'offrir des soins d'urgence
- un protocole pour la gestion des urgences, en collaboration avec les services d'urgence de santé.

Le CEC est ouvert jour et nuit, tous les jours. Il est doté de deux équipes de soins de santé. Durant la journée, le CEC comprend des équipes qui peuvent inclure des médecins, du personnel infirmier, du personnel infirmier praticien

et d'autres fournisseurs de soins, en fonction des besoins. En soirée et la nuit, l'équipe comprend une infirmière, un paramédic et un médecin qui supervise leur travail par l'intermédiaire du système de santé d'urgence. Cette approche permet à chaque fournisseur de l'équipe de travailler selon son champ de pratique optimal au sein d'une équipe multidisciplinaire, afin de répondre aux besoins en santé de la communauté locale.

---

## Quels en sont les avantages?

L'accès a été amélioré :

- Des soins primaires sont disponibles les soirs et les fins de semaine;
- Les listes d'attente en soins primaires ont été éliminées et les patients peuvent obtenir un rendez-vous le même jour ou le lendemain;
- Le nombre de visites aux urgences pour des soins primaires a chuté considérablement;
- Avec le modèle du CEC, les patients sont satisfaits de l'accès aux services et aux soins.

Source : ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

---

## Thème central : accès à de meilleurs soins à domicile

### Hôpital virtuel : Manitoba

L'hôpital virtuel assure des services du type de ceux que l'on retrouve dans les hôpitaux, mais à même la communauté. Le Manitoba a lancé ce modèle en 2011 afin d'offrir des soins à domicile en équipe aux patients souffrant de maladies chroniques. Ce modèle vise à réduire l'utilisation des hôpitaux et des salles d'urgence en offrant aux patients un accès accru aux équipes multidisciplinaires de soins à domicile. Le personnel de base de ces équipes comprend une infirmière coordonnatrice, un médecin, une personne chargée de la coordination des soins, du personnel infirmier praticien, une personne chargée de la coordination en santé mentale et du personnel de soutien administratif. L'équipe peut faire appel à d'autres professionnels de la santé de la région, dont un pharmacien, un ergothérapeute, un physiothérapeute, un inhalothérapeute, un orthophoniste et du personnel en travail social.

### Hôpital virtuel pour les soins actifs à domicile : Colombie-Britannique

La Colombie-Britannique a créé un « hôpital virtuel » en plusieurs endroits afin de pouvoir offrir des soins psychiatriques à court terme au domicile des patients comme solution de rechange à l'hospitalisation. Ce modèle souhaite offrir des soins qui appuient les patients et leurs familles, en perturbant le

moins possible la vie de chacun. L'équipe du personnel soignant, qui comprend un psychiatre, des infirmières, du personnel en counseling, en travail social et en réadaptation, travaille avec les patients et leur famille. Le programme se concentre sur le traitement intensif et à court terme, avec une à trois visites à domicile par jour pour 21 jours. L'équipe fournit des médicaments, assure la surveillance et stabilise les symptômes aigus, élabore des plans de traitement, éduque le patient et sa famille, se rend avec le patient à des rendez-vous chez le médecin et s'assure que les liens sont bien présents pour aider les patients à faire la transition vers du soutien communautaire, notamment auprès de leur médecin de famille, d'une clinique externe en santé mentale ou d'une clinique pour le traitement des dépendances.

### Programme Extra-mural de soins à domicile : Nouveau-Brunswick

Le programme Extra-mural de soins à domicile du Nouveau-Brunswick est un exemple novateur de la façon dont les patients peuvent utiliser la technologie pour participer à leurs propres soins, en ayant recours à une technologie qui fait appel au téléphone pour assurer la surveillance de ses propres signes vitaux et faire part des résultats au personnel chargé de ses soins. L'éducation du patient constitue une part importante du programme et le suivi régulier de ses propres signes vitaux lui permet d'assumer une plus grande part de responsabilité dans ses soins.

---

## Quels en sont les avantages?

Les résultats suivants ont été constatés chez les utilisateurs très fréquents des services hospitaliers :

- Les visites aux urgences sont passées de 64 à 27;
- Les admissions à l'hôpital ont chuté de 25 à 10 d'une année à l'autre;
- Le nombre de jours d'hospitalisation est passé de 319 à 138.

Source : Santé Manitoba

---

## Quels en sont les avantages?

Lorsque le programme a fait l'objet d'un projet-pilote dans les régions rurales, on a assisté à une réduction de 85 p. cent des admissions à l'hôpital et à une réduction de 55 p. cent des visites aux urgences.

Source : Santé Nouveau-Brunswick

---

### Thème central : accès aux soins primaires

Au cours des dernières décennies, il est devenu de plus en plus clair qu'un système de soins primaires solide est essentiel pour assurer de meilleurs résultats en matière de santé pour une population<sup>41</sup>. Les professionnels des soins primaires sont souvent le premier point de contact avec le système de santé et peuvent « réduire les coûts non nécessaires et la nécessité de soins spécialisés en améliorant la prévention, la coordination et la qualité des soins ».

Le sous-groupe est conscient que tous les gouvernements ont mis en place leurs propres modèles de soins primaires et qu'il ne s'agit pas simplement de remplacer un modèle par un autre. En identifiant des modèles conformes aux priorités du sous-groupe telles qu'elles ont été énoncées par le Conseil de la fédération, les pratiques de pointe identifiées contiennent des éléments qui, nous le croyons, peuvent être incorporés aux approches déjà utilisées en soins de santé primaires dans les provinces et les territoires afin d'appuyer ces objectifs précis en matière de soins de santé.

---

*« Les Canadiens ont de la difficulté à obtenir des soins primaires. Bien que la plupart d'entre eux soient en mesure d'identifier un médecin de famille à qui ils souhaiteraient s'adresser pour obtenir des soins, le Canada fait piètre figure en ce qui concerne tous les autres indicateurs d'accessibilité. Les Canadiens ont des heures d'accès limitées, ont de la difficulté à obtenir des rendez-vous lorsqu'ils en ont besoin et ont un usage inapproprié des urgences... Une piètre accessibilité au système de soins primaires a un effet considérable sur l'efficacité globale et sur la viabilité du système de santé, ainsi que sur les résultats pour le patient. » [traduction]*

Source : *Impact économique des améliorations apportées au rendement des soins de santé primaires*, 2012. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, p. 10 (version anglaise).

---

### Exemple : Chinook Primary Care Network – clinique Taber, Alberta

La clinique Taber, en Alberta, a lancé un modèle en équipe pour ses soins de santé primaires. La clinique attribue son succès dans la prévention et la gestion des maladies chroniques à de nombreux facteurs. Deux programmes, en particulier, pourraient être repris par d'autres gouvernements. Le premier d'entre eux est le programme AIM (Access, Improvement, Measures), ce qui veut dire « accès, amélioration, mesures ». Il s'agit d'une initiative d'amélioration de la qualité qui a recours à un ensemble de principes et à une méthode éprouvée qui réduit les temps d'attente pour les rendez-vous et améliore la gestion du patient ce qui, en fin de compte, amène de meilleurs résultats sur le plan de la qualité. Le deuxième programme fait appel aux listes de patients validées de l'Alberta. Grâce à ces listes, la clinique Taber peut créer des registres pour assurer le suivi de ces maladies chez ses patients et ainsi mieux planifier la combinaison de professionnels de la santé dont elle a besoin. Ces listes ont aussi aidé la clinique à accroître les initiatives de dépistage et de promotion de la santé.

---

## Quels en sont les avantages?

Les résultats à ce jour ont été impressionnants. Ainsi, à la clinique Taber, les visites pour des cas d'asthme sont passées de 400 en 2009 à 19 en 2011.

Source : Santé Alberta

---

### Exemple : Clinique de l'équipe de santé familiale de l'hôpital St. Michael's, Ontario

La clinique de l'équipe de santé familiale de l'hôpital St. Michael allie un large éventail de fournisseurs de soins dans le cadre d'une pratique en collaboration. L'objectif de l'établissement est d'offrir des services qui amélioreront l'autonomie globale et la qualité de vie du patient. L'équipe comprend des médecins, du personnel infirmier et du personnel infirmier praticien, des chiropraticiens, des psychologues, des travailleurs sociaux, des diététistes, des pharmaciens, des dentistes et des hygiénistes. L'équipe se concentre particulièrement sur l'autogestion des maladies chroniques par les patients dans le cadre d'initiatives telles que les cliniques pour cesser de fumer, les programmes de nutrition pour diabétiques, les groupes de méditation consciente et l'éducation à l'aide de technologie. St. Michael's abrite l'une des 200 équipes de santé familiale de l'Ontario qui travaillent à assurer un accès aux soins primaires interdisciplinaires à 2,8 millions d'Ontariens (plus de 600 000 n'avaient aucun médecin auparavant) et à assurer la prestation d'un éventail de programmes visant à répondre aux besoins des collectivités dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et de la gestion des maladies chroniques.



### Exemple : **Modèle des Groupes de médecine familiale, Québec**

Les groupes de médecine familiale sont des équipes de soins primaires qui réunissent des médecins, du personnel infirmier, des pharmaciens, des nutritionnistes, des physiothérapeutes et autres, qui travaillent à partir des Centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec. Ces groupes travaillent essentiellement à la prévention et à la gestion des maladies chroniques dont le diabète, l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), l'arthrite et l'hypertension.

### Exemple : **Programme de paramédecine des îles Long et Brier, en Nouvelle-Écosse**

Les îles Long et Brier, au large de la Nouvelle-Écosse, comptaient ensemble 1 200 habitants et aucun médecin de famille depuis de nombreuses années lorsque le programme de paramédecine a été mis sur pied, en 2001. Le modèle fait appel à la collaboration : des paramédics des soins avancés travaillent avec l'infirmière praticienne locale et avec un médecin de famille qui est à l'extérieur des îles. Le programme a été conçu pour assurer une meilleure utilisation des paramédics qui étaient présents sur l'île à plein temps, mais qui ne répondaient qu'à un seul appel d'urgence tous les trois jours. Après avoir actualisé leur formation, les paramédics ont commencé à évaluer et à assurer la gestion de blessures simples, à administrer des vaccins contre la grippe et à offrir des soins à domicile de base<sup>42</sup>.

---

## Quels en sont les avantages?

Le programme de paramédecine des îles Long et Brier a fait l'objet d'une revue systématique dans le cadre d'une étude triennale réalisée par des chercheurs de la faculté de médecine de l'Université Dalhousie. Ils ont constaté que ce modèle novateur :

- a amené une réduction des coûts, un accès accru, un plus haut degré d'acceptation et de satisfaction et une collaboration efficace entre les fournisseurs de soins;
- a amélioré la promotion de la santé, notamment dans les programmes de cessation de fumer, de perte de poids et de mise en forme pour les aînés;
- a permis un meilleur accès aux services de prévention des blessures et des maladies, y compris aux divers programmes de dépistage, et un meilleur accès aux traitements tant pour les maladies et les blessures aiguës courantes que pour les maladies chroniques.
- Conclusion : le projet de paramédecine « accroît l'accès aux services de soins de santé et est un modèle rentable de soins de santé pour les collectivités rurales où le volume d'appels d'urgence est peu élevé ».

Source : Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse

---



## Modèles de soins en équipe : recommandations de mise en œuvre et de suivi

Les recommandations qui suivent visent à poursuivre l'identification et la diffusion de l'information sur les modèles de soins dispensés en équipe.

6. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent aux ministres qui souhaitent résoudre les problèmes associés à la prestation de services d'urgence dans les régions rurales d'envisager d'adapter les éléments et les principaux facteurs de succès du modèle de Collaborative Emergency Centre de la Nouvelle-Écosse qui répondent le mieux aux besoins particuliers de leur gouvernement.

**Il est recommandé que** les premiers ministres demandent aux ministres à la recherche d'innovation en matière de services à domicile dispensés en équipe d'envisager d'adapter les éléments et les principaux facteurs de succès du modèle de l'hôpital virtuel du Manitoba ou de la Colombie-Britannique, ou du programme extra-mural du Nouveau-Brunswick qui répondent le mieux aux besoins particuliers de leur gouvernement.

**Il est recommandé que** les premiers ministres demandent aux ministres à la recherche d'innovations pour la prévention et la gestion des maladies chroniques et pour l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires dans les régions rurales ou éloignées d'envisager d'adapter les éléments et les principaux facteurs de succès des modèles de soins par équipe de l'Alberta, de l'Ontario, du Québec ou de la Nouvelle-Écosse qui répondent le mieux aux besoins particuliers de leur gouvernement.

7. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent au Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé de définir les options d'une plateforme visant à assurer l'identification continue et la diffusion de l'information sur les modèles novateurs en vue de favoriser l'adoption de pratiques de pointe.

### 3.3 La gestion des ressources humaines en santé

#### Planification des ressources humaines en santé : améliorer l'accès et la viabilité

Notre capacité à atteindre le triple objectif et à assurer aux Canadiens les meilleurs soins possible dépend de l'efficacité avec laquelle nous assurons la gestion de nos ressources humaines. Par exemple, des modèles en équipe qui prennent en charge les trois aspects de la santé sur lesquels nous sommes penchés ne seront possibles qu'avec la disponibilité de fournisseurs de soins formés adéquatement. Une meilleure santé, de meilleurs soins et une meilleure valeur dépendent de meilleures équipes. Le sous-groupe du volet sur les ressources humaines en santé a toutefois constaté que l'approche actuelle pour planifier l'offre en matière des ressources humaines risque de nuire à l'objectif d'un système de santé accessible et viable et que les méthodes actuelles ont contribué à accroître la concurrence et les coûts.

Traditionnellement, la planification des RHS est effectuée séparément, dans chaque gouvernement, au lieu de l'être de façon provinciale-territoriale. Une stratégie mieux coordonnée et plus axée sur la collaboration entre les gouvernements sera nécessaire, puisque l'approche traditionnelle a donné lieu à bon nombre de problèmes, comme le soulignait le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines dans son document intitulé *Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne* :

« Une approche de planification des ressources humaines du secteur de la santé basée sur le statu quo présente des risques économiques et politiques, et pourrait compromettre la capacité de tout gouvernement de mettre en place des systèmes de prestation viables et les ressources humaines requises par de tels systèmes, l'empêchant du même coup de répondre aux souhaits de la population canadienne... de disposer d'un système homogène d'une province ou d'un territoire à l'autre<sup>43</sup>. »

#### Quels en sont les avantages?

Les ressources humaines accaparent environ 70 p. cent des coûts des soins de santé. Une meilleure gestion de nos ressources assurera la viabilité continue de nos systèmes de santé.

Source : Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits. Institut canadien d'information sur la santé, octobre 2011.

Dans le but d'atténuer ces risques et d'assurer l'excellence des services destinés à nos citoyens, nous devons adopter une approche intégrée et fondée sur les besoins, pour la planification et le déploiement des ressources humaines. Nous devons aussi travailler ensemble à réduire la concurrence insoutenable entre les gouvernements à l'égard des professionnels de la santé.

Il sera important, au moment d'aller de l'avant, que les stratégies proposées en matière de ressources humaines fassent appel à une approche collaborative et coordonnée par les ministères de la Santé et les ministères responsables de l'éducation supérieure et de l'éducation postsecondaire. La participation des organismes responsables de la planification et de la prestation des services de santé, notamment les régies régionales de la santé, serait également souhaitable.

#### Un bon point de départ : des principes directeurs pour la gestion des ressources humaines du secteur de la santé

Le Groupe de travail a élaboré plusieurs principes directeurs (voir la recommandation 8) afin de concentrer les efforts provinciaux et territoriaux en matière de gestion des ressources humaines. Ces principes se concentrent sur un certain nombre de considérations stratégiques et de possibilités d'action entre les gouvernements. Un appui à ces normes améliorera l'accessibilité et la viabilité des systèmes de santé.

#### Une meilleure formation des ressources humaines et un meilleur partage de l'information

En plus de ces principes directeurs, le Groupe de travail a relevé l'importance d'assurer une meilleure coordination des programmes de formation des professionnels de la santé. La plupart des gouvernements, par exemple, emploient des professionnels de la santé spécialisés tels que des radiothérapeutes ou des perfusionnistes en cardiologie, mais le nombre de diplômés dans ces deux professions ne se limite qu'à quelques programmes offerts dans certaines provinces<sup>44</sup>. Les provinces et les territoires qui s'attaqueront à ces problèmes de pénuries augmenteront l'accessibilité aux services et harmoniseront encore davantage l'offre et la demande pour ces spécialités, en plus d'apporter des solutions au problème de concurrence pour des professionnels de la santé.

La capacité à améliorer l'échange d'information entre les provinces et les territoires sur des questions entourant les ressources humaines du secteur de la santé est perçue comme une priorité pour favoriser une prise de décision plus éclairée. Des questions telles que les statistiques sur l'offre et la demande, l'information sur les possibilités d'emploi et les cheminements de carrière pour les professionnels de la santé sont parmi les domaines où il serait le plus avantageux d'avoir recours à des efforts plus concertés pour le partage de renseignements factuels et à jour. La création d'un site Internet est considérée comme une avenue possible de partage de l'information sur les ressources humaines du secteur de la santé. En complément ces travaux, le partage d'outils prévisionnels et de cadres de référence en matière de ressources humaines constituera également un important facteur pour prévoir la disponibilité, relier la demande avec les besoins de la population et veiller à ce que l'information la plus précise possible soit échangée entre les divers partenaires.

Les travaux futurs dans le domaine de la gestion des ressources humaines comprennent notamment une analyse du financement des ressources humaines du secteur de la santé et des mécanismes de rémunération. Le sous-groupe qui s'est concentré sur les ressources humaines a identifié d'autres possibilités d'améliorer la viabilité des systèmes de santé en harmonisant les progrès de la technologie et la productivité avec un financement et des pratiques de paiement adéquats.

Les recommandations suivantes visent à poursuivre l'identification et la diffusion de l'information sur la gestion des ressources humaines du secteur de la santé :

8. **Il est recommandé que** les premiers ministres appuient les *Principes directeurs pour la gestion des ressources humaines du secteur de la santé* suivants :

- a) **Partager les faits probants** – Les provinces et les territoires devraient partager l'information sur le marché du travail dans le secteur de la santé en vue de favoriser une prise de décision efficace.
- b) **Rechercher l'innovation** – Les provinces et les territoires devraient partager les pratiques de pointe et travailler en étroite collaboration sur des approches novatrices pour gérer les coûts de la rémunération et la réduction de la concurrence.
- c) **Respecter l'interdépendance** – Les provinces et les territoires devraient reconnaître que les décisions individuelles des gouvernements en matière de gestion des ressources humaines peuvent avoir des effets sur d'autres gouvernements.
- d) **Prendre des décisions éclairées** – Les provinces et les territoires devraient agir dans tous les domaines d'intérêt mutuel et considérer toutes les approches communes de la gestion des ressources humaines.
- e) **Intégrer la planification** – Les provinces et les territoires devraient travailler ensemble afin de se doter d'une offre adéquate de ressources humaines dans le secteur de la santé au niveau provincial et national.

9. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent aux ministres de travailler ensemble, sur une base volontaire, à la création d'un site Internet sur les ressources humaines en santé afin de favoriser une meilleure communication de l'information sur les marchés de l'emploi du secteur de la santé entre les provinces et les territoires.

10. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent aux ministres d'entreprendre, sur une base volontaire, les initiatives suivantes en matière de ressources humaines en santé, et de faire rapport au Conseil de la fédération sur les progrès réalisés :

- a) **Projections communes en matière de main-d'œuvre** – Travailler avec les facultés des sciences de la santé, des sciences infirmières et de médecine et avec les fournisseurs de soins réglementés à adapter et à appliquer les principales pratiques en planification en fonction des besoins et travailler ensemble, à travers les diverses professions de la santé, à l'évaluation des besoins changeants en matière de soins de santé, en regard de la disponibilité actuelle et projetée de la main-d'œuvre dans les provinces et les territoires. Ce travail commun pourrait faire appel à plusieurs modèles, notamment le Modèle de simulation fondé sur les besoins en personnel médical dans la population de l'Ontario, le Modèle de simulation pour les technologues en imagerie de résonance magnétique et d'autres modèles existants ailleurs au Canada.



- b) **Analyse et ensemble de données communes** – Créer et maintenir à jour un ensemble de données de base qui permettrait le partage de données quantitatives et qualitatives comparables entre les gouvernements, telles que des données sur les taux de vacance et/ou nombre de postes affichés; initiatives législatives; recours et productivité des projets pilotes; recrutement en régions rurales et stratégies de rétention; définitions usuelles des principales mesures relatives à l'offre et à la demande.
- c) **Partage des capacités de formation** – Analyser la capacité des gouvernements en terme de formation pour la gamme complète des professionnels de la santé en fonction des besoins actuels et projetés en matière de soins de santé, et ce, en tenant compte de l'adoption de modèles de prestation novateurs dans les gouvernements et en reconnaissant la nécessité de partager le financement afin d'assurer une formation de grande qualité pour les programmes à « faible masse critique ».

## 4.0 Thématiques émergentes

Le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé a pu identifier deux domaines possibles qui pourraient bénéficier d'une éventuelle coopération provinciale et territoriale. Le premier domaine où des améliorations seraient souhaitables permettrait de réduire les coûts des médicaments génériques. Le second domaine d'intérêt est celui du recours accru à la méthodologie Lean (amélioration continue) pour les systèmes de santé en vue d'améliorer les résultats pour les patients. Ces initiatives sont décrites plus en détail ci-dessous et constituent les priorités sur lesquelles le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé recommande de se concentrer ultérieurement.

### 4.1 Initiative pour des médicaments génériques à prix concurrentiel

Le 6 août 2010, les premiers ministres ont convenu de mettre sur pied une alliance d'achat provinciale-territoriale pour consolider l'approvisionnement en médicaments courants et en équipements médicaux dans le secteur public, lorsque approprié. L'alliance vise à tirer profit du pouvoir d'achat combiné des régimes publics d'assurance-médicaments offerts par plusieurs gouvernements, ce qui permettrait une réduction des coûts des médicaments, un accès accru à un plus large éventail de médicaments, des coûts moins élevés pour les médicaments et une plus grande uniformité des décisions des gouvernements participants d'inclure ou non certains produits pharmaceutiques sur leur liste.

Grâce à cette initiative, l'accessibilité aux médicaments s'est améliorée. Les provinces et les territoires ont pu économiser des millions de dollars qui ont été réinvestis dans les programmes de santé. À ce jour, l'approche provinciale-territoriale ne s'est appliquée qu'aux médicaments innovateurs à un seul fabricant. Les prochaines étapes de notre stratégie d'approvisionnement en produits pharmaceutiques comprennent deux initiatives : accélérer les travaux de l'alliance pancanadienne d'achat pour les médicaments innovateurs et mettre sur pied une nouvelle initiative sur les prix concurrentiels afin d'obtenir des médicaments génériques à meilleur prix. Au fur et à mesure que les provinces et les territoires travailleront ensemble à des stratégies communes d'approvisionnement, il sera important de disposer d'une compréhension adéquate et de tenir compte de la diversité de la chaîne d'approvisionnement et des questions touchant son innocuité et sa qualité.

Avec un leadership fort et le soutien des provinces et territoires, nous pouvons travailler à l'adoption d'un mécanisme national d'appel d'offres concurrentiel. Il sera possible de parvenir à des prix plus comparables aux prix internationaux qui seront profitables non seulement au secteur public, mais qui se traduiront aussi par des économies pour le secteur privé et les régimes d'assurances offerts par les employeurs, ainsi que pour les Canadiens qui doivent payer eux-mêmes la totalité de leurs médicaments. À long terme, il serait aussi possible pour les ministères de la Santé et de l'Industrie et pour les partenaires de l'industrie de travailler en collaboration sur la question de l'approvisionnement.

Il faudra toutefois se montrer très prudent dans le choix des produits, l'établissement de critères et la mise en œuvre du mécanisme national d'appel d'offres concurrentiel, afin de minimiser les risques potentiels. Toutefois, les avantages liés à une réduction des prix des médicaments génériques dans le cadre d'une approche provinciale-territoriale sont appréciables; ils nous permettront de progresser vers une politique de prix plus équitable et plus uniforme pour tous les Canadiens.



---

#### Quels en sont les avantages?

L'atteinte des prix observés au plan international des 10 médicaments génériques les plus vendus en Colombie-Britannique uniquement permettrait des économies pouvant aller jusqu'à 30 millions de dollars par an.

Source : ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

---

La recommandation suivante vise à s'inspirer de l'actuelle alliance pancanadienne d'achat pour les médicaments de marque pour la mise sur pied d'une initiative visant les médicaments génériques :

11. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent aux ministres d'entreprendre les travaux suivants relativement aux médicaments génériques :
  - a) Identifier de trois à cinq médicaments génériques à inclure dans une initiative pour des médicaments génériques à prix concurrentiel afin d'obtenir de meilleurs prix pour les médicaments génériques.
  - b) Amorcer un processus national d'appel d'offres d'ici l'automne 2012, lequel permettra l'entrée en vigueur de prix moins élevés à compter du 1<sup>er</sup> avril 2013.

## 4.2 L'amélioration continue dans les soins de santé

Si l'on pouvait définir la méthodologie de gestion allégée Lean en une seule phrase, on pourrait dire d'entrée de jeu qu'il s'agit de « l'optimisation de la valeur du point de vue du patient et des familles, tout en contenant les coûts ». Une responsabilité éthique et fiscale est rattachée au fait d'offrir aux contribuables la meilleure valeur possible pour leur argent. L'application de la méthodologie Lean (amélioration continue) aux soins de santé reflète bien l'approche centrée sur le patient, qui offre la possibilité d'assurer aux patients une meilleure santé, de meilleurs soins et une meilleure valeur.

L'approche Lean favorise l'évaluation, l'adoption et la diffusion de pratiques de pointe et de normes afin que les patients bénéficient de soins sûrs et de grande qualité et profitent des meilleurs résultats possibles.

### Quels en sont les avantages?

En éliminant des « pertes » dans le déroulement des tâches, l'approche Lean redirige le temps et les efforts pour assurer la viabilité, mais aussi pour améliorer les programmes et les services.

Source : ministère de la Santé de la Saskatchewan.

De plus, l'approche Lean permet une amélioration continue en confiant la résolution de problèmes aux personnes qui accomplissent le travail et en encourageant les équipes à travailler en collaboration pour trouver des solutions. Permettre aux patients, au personnel et aux fournisseurs de soins de participer concrètement à l'amélioration des systèmes de santé permet de tenir compte de l'expérience du patient dans ce système tout en mettant à contribution l'expertise du personnel de première ligne qui accomplit le travail; le tout permet d'assurer de meilleurs soins, tout en améliorant le moral de tous<sup>45</sup>.

Il serait également important d'envisager la création d'une plateforme de partage de l'information entre les provinces et les territoires sur les diverses initiatives Lean en cours.

### Exemples provinciaux et territoriaux

- Une réduction de 65 p. cent des temps d'attente pour les patients qui attendent des services en psychiatrie au Forensic Psychiatric Hospital (C.-B.).
- Une réduction de 65 p. cent du temps de transfert des patients et des journées passées sur civière aux urgences du Grey Nuns Community Hospital et une augmentation du nombre de patients vus en moins de temps (Alberta).
- Une amélioration de 17 p. cent du taux de rejet des unités de globules rouges utilisés par les autorités régionales de la santé, pour des économies annuelles de 10 millions de dollars (Saskatchewan).
- Un site Web Pursuing Excellence (poursuivre l'excellence) et un répertoire d'outils établis pour la diffusion des pratiques exemplaires (Manitoba).
- Une amélioration de la coordination, de l'uniformité et de l'utilisation du transport de patient autrement qu'en ambulance, des surfaces thérapeutiques et de la thérapie par pression négative lorsque cliniquement justifiée, grâce à la mise sur pied d'un centre d'appel centralisé et de méthodes de commande uniformisées dans les établissements du Hamilton Health Sciences (Ontario).
- La mise en œuvre d'une approche globale Lean six sigma relative aux soins de santé dans trois établissements de soins du Québec – Centre hospitalier universitaire de Québec – Hôpital Saint-François d'Assise, Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest et Centres de santé et de services sociaux Verdun et Jardins-Roussillon. Analyse, dans ces établissements, des dix principaux processus identifiés par le personnel, les gestionnaires et les médecins directement impliqués et en fonction de critères fondés sur les besoins du client (Québec).
- Une augmentation de la productivité du personnel infirmier à la suite de l'accélération du mode de commande de fournitures dans une unité, leur permettant ainsi de se concentrer davantage sur des activités liées aux patients (Nouveau-Brunswick).
- Une réduction des périodes d'attente pour admission pour les patients au centre de désintoxication ambulatoire du Prince County Hospital grâce à l'élaboration et la mise en œuvre d'une liste de vérification normalisée des infirmiers (Île-du-Prince-Édouard).
- Une réduction des temps d'attente aux urgences, grâce à des améliorations au processus et aux modes de circulation des patients (Nouvelle-Écosse).
- Une réduction des périodes d'attente pour les biopsies de la prostate de 18 à 2 jours, sans aucune augmentation de personnel (Terre-Neuve-et-Labrador).

## 5.0 De l'innovation à l'action : déploiement, mesure et évaluation

Le Groupe de travail croit que les secteurs identifiés dans le cadre des recommandations et que les domaines de travail futur offrent des possibilités tangibles d'offrir de meilleurs soins de santé aux Canadiens. L'ampleur avec laquelle nos systèmes de santé seront en mesure d'adopter pleinement les recommandations formulées dans le présent document dépendra toutefois de notre capacité à gérer le changement et à évaluer les progrès accomplis.

### 5.1 Degré de préparation au changement : la gestion de changement

Les sous-groupes se sont concentrés sur la capacité de nos systèmes de santé à adopter les recommandations identifiées par le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé. Le Groupe a identifié quatre conditions préalables à la réussite du changement à grande échelle qui sera nécessaire pour transformer ce rapport en actions concrètes<sup>46</sup>. Ces conditions sont :

- **Des leaders présents** – Les innovations ne réussissent que lorsqu'elles ont comme chefs de file des personnes qui les défendent et qui créent un environnement favorable et propice à appuyer une main-d'œuvre autonome et engagée.
- **Harmonisation du système** – Les stratégies des systèmes de santé provinciaux et territoriaux doivent être cohérentes.
- **Engagement de tout le système** – Mettre en place des mécanismes de déploiement assortis d'objectifs précis qui sont transmis jusqu'au personnel de première ligne, puis de nouveau vers les leaders dans chaque gouvernement.
- **Structures organisationnelles souples** – Elles favoriseront un appui à l'échelle de tout le système pour la mise en place du changement, la surveillance de la conformité, l'évaluation et le maintien des résultats dans chaque gouvernement.

### 5.2 Mesure et évaluation

Avec le support au changement des pratiques de gestion, les mesures et l'évaluation seront importantes pour mieux juger de nos réussites au fur et à mesure que nous déploierons les initiatives pour appuyer les recommandations et que nous planifierons les futurs domaines d'amélioration. Les mesures et l'évaluation seront essentielles pour vérifier l'atteinte de nos objectifs et nous donneront toute la souplesse dont nous aurons besoin pour adapter notre approche et améliorer encore davantage nos systèmes de santé.

En matière de mesure, nous ne pourrions savoir où nous allons tant que nous ne saurons pas où nous nous trouvons. Les mesures sont importantes pour faire en sorte que les comportements au sein du système concordent avec les résultats. Mesurer et assurer le suivi des tendances pour une variété de mesures dont la qualité, les coûts, la productivité et autres sera également indispensable pour nous assurer d'atteindre les objectifs précisés dans les recommandations, ainsi que notre objectif global d'améliorer l'expérience du patient à travers l'ensemble du spectre des soins de santé.

Pour la composante évaluation, les sous-groupes ont choisi de faire appel à la structure de préparation de rapports « CASIL », élaborée par le National Health Service Institute for Innovation and Improvement<sup>47</sup>. Ce cadre d'évaluation efficace se concentre sur cinq grands secteurs :

- **C pour *completion* (finalisation)** – Le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé a-t-il mené à bien le mandat que lui a confié le Conseil de la fédération?
- **A pour *adoption/activités de sensibilisation*** – Adoption et sensibilisation organisationnelle aux recommandations contenues dans le présent rapport. Diverses activités visant à sensibiliser les intervenants à l'initiative concernée.
- **S pour *spread* (étendue)** – Adoption de l'initiative dans les diverses administrations.
- **I pour *impact* (répercussions)** – Évaluation fondée sur les objectifs établis pour le projet.
- **L pour *lesson learned* (enseignements)** – Partage de ce qui a fonctionné et de ce qui devrait mieux fonctionner lorsque nous irons de l'avant.

Le processus d'évaluation établira des mesures de réussite communes et créera des normes pour la mesure des progrès accomplis. À la suite du déploiement des recommandations, l'évaluation aura recours à une approche plus précise, qui se penchera sur les effets de l'initiative dans son ensemble, sur son degré d'adoption dans les systèmes de santé, sur la participation à la mise en place de ces recommandations et sur leur viabilité.

12. **Il est recommandé que** les premiers ministres demandent au Groupe de travail d'assurer le suivi des progrès dans les initiatives proposées dans le rapport De l'innovation à l'action en matière de soins de santé.

*Toutes les provinces et tous les territoires ont contribué aux travaux du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé et partagent les objectifs fondamentaux qui sous-tendent le rapport. Les provinces et les territoires entendent mettre en œuvre les mesures et les recommandations décrites dans ce rapport dans la mesure où ils les jugent appropriées pour leur système de santé. Toutes les provinces et tous les territoires continueront de s'échanger et de se partager de l'information et des pratiques exemplaires.*

## 6.0 Aller de l'avant : améliorer les soins au patient



Les progrès accomplis par le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé montrent à quel point les provinces et les territoires peuvent travailler efficacement avec les fournisseurs de soins et avec d'autres intervenants à la mise en œuvre d'initiatives qui visent l'amélioration des soins de santé. Les recommandations qui seront mises en œuvre seront celles qui ont démontré leur capacité à améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques, les soins aux aînés et les soins d'urgence et les soins primaires dans les régions rurales, et qui nous permettront d'assurer une meilleure gestion des ressources humaines du secteur.

Cet effort collectif a permis d'identifier des moyens concrets d'améliorer les soins au patient tout en soutenant des systèmes de santé fondés sur des services sûrs, de qualité et offerts en temps opportun. L'adoption de nouveaux modèles de soins et de pratiques cliniques améliorées mentionnés dans le présent rapport améliorera la qualité et le caractère adéquat des traitements, et le fera d'une manière plus viable.

En réalisant ces travaux, nous étions conscients que d'autres secteurs auraient besoin de nos efforts collectifs. La mise sur pied d'une nouvelle initiative visant l'obtention de prix plus concurrentiel pour les médicaments génériques et l'adoption de principes de gestion allégée (Lean) dans nos systèmes de santé constituent deux domaines prioritaires possibles de coopération et de collaboration futures.

Il importe également de ne pas oublier l'importance des initiatives elles-mêmes; le présent rapport traite aussi de l'importance d'assurer la transparence et la responsabilisation dans l'atteinte des résultats précisés dans les recommandations. Les mesures et l'évaluation nous permettront de mesurer nos progrès et le Conseil de la fédération s'engage à faire régulièrement rapport aux Canadiens sur les progrès accomplis dans le cadre de ces initiatives.

Or, le plus important est que nous entreprenions ces travaux avec en tête un objectif global : améliorer considérablement les soins au patient et le rendement global des systèmes de santé. Nous espérons que les initiatives résumées dans le présent rapport contribueront de manière concrète à l'objectif commun d'offrir aux Canadiens un accès aux meilleurs soins de santé au monde. Nos concitoyens le méritent et ne s'attendent à rien de moins.

# Références

- <sup>1</sup> Ce n'est pas la première fois que les gouvernements des provinces et des territoires se réunissent pour relever des défis communs en matière de soins de santé. Depuis la création du Conseil de la fédération, en juillet 2003, on a assisté à de nombreux efforts communs en matière de santé, notamment le Programme sur les produits pharmaceutiques (2004); le Conseil consultatif sur le déséquilibre fiscal (2006); l'Accord sur le commerce intérieur (juillet 2009); des soins de santé de qualité (août 2010); l'alliance pancanadienne d'achat (août 2010); enfants et famille (juillet 2011); le Sommet sur la santé mentale (février 2012); et, conjointement avec le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé, le Groupe de travail sur les arrangements fiscaux (janvier 2012).
- <sup>2</sup> Michael Mirolla, *The Cost of Chronic Disease in Canada* (2004, The Chronic Disease Management Alliance of Canada ), iii).
- <sup>3</sup> Fondation canadienne des maladies du cœur, communication personnelle au comité sénatorial permanent sur les affaires sociales, les sciences et la technologie, *Un changement transformateur s'impose : un examen de l'Accord sur la santé de 2004*, mars 2012.
- <sup>4</sup> Conference Board du Canada, *La stratégie canadienne de santé cardiovasculaire : facteurs de risque et répercussions sur les coûts futurs* (Ottawa : Conference Board du Canada, février 2010), 16.
- <sup>5</sup> Association canadienne du diabète, *Selon un nouveau sondage, les Canadiens atteints de diabète ne prennent pas suffisamment soin de leurs pieds*, communiqué de presse, 2 mai 2012.
- <sup>6</sup> The Centre for Spatial Economics, "Reducing the Prevalence of Foot Ulcers in Canada" (Canadian Diabetes Association, July 2012), 4.
- <sup>7</sup> Conference Board du Canada, *Coup d'œil sur la santé*. (Ottawa : Conference Board du Canada, 2012), 1-4.
- <sup>8</sup> Conformément au mode de fonctionnement qui caractérise le Conseil de la fédération, la prise de décision avait lieu par voie de consensus. Des représentants de l'AMC et de l'AIC ont participé pleinement à ce processus consensuel, et ce, dès le début, tant dans le sous-groupe sur les GPC que dans celui des modèles de soins en équipe. Leur expertise clinique et leurs points de vue ont été d'une valeur inestimable pour la préparation du rapport dans les 100 jours prévus. Ils ont aussi travaillé à faire en sorte que leurs organismes provinciaux et territoriaux puissent demeurer informés en cours de route.
- <sup>9</sup> Institute for Healthcare Improvement, Triple Aim Improvement Community. (Massachusetts : Institute for Healthcare Improvement , 2012), 1.
- <sup>10</sup> Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Principes devant guider la transformation des soins de santé au Canada*, 2011, 1-4.
- <sup>11</sup> Tholl, Bujold and Associates, *Functional Federalism and the Future of Medicare in Canada* (Health Action Lobby, 2012), 10.
- <sup>12</sup> Tholl, Bujold and Associates, *Functional Federalism and the Future of Medicare in Canada* (Health Action Lobby, 2012), 10.
- <sup>13</sup> Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *S'améliorer avec le temps : planifier des systèmes de santé adaptés à la population vieillissante*. (Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2011) , 2.
- <sup>14</sup> Tholl, Bujold and Associates, *Functional Federalism and the Future of Medicare in Canada* (Health Action Lobby, 2012), 10.
- <sup>15</sup> Karen Davis, *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the US Health Care System Compares Internationally*. (Commonwealth Fund, 2010), 21.
- <sup>16</sup> Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2011*. (Institut canadien d'information sur la santé, 2011).
- <sup>17</sup> Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2011* (Institut canadien d'information sur la santé, 2011).
- <sup>18</sup> Institute for Healthcare Improvement, *Triple Aim Improvement Community*. (Massachusetts : Institute for Healthcare Improvement , 2012), 1.
- <sup>19</sup> Santé Canada, *Un cadre de planification concerté des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne* (Ottawa : Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines), 28.
- <sup>20</sup> Tholl, Bujold and Associates, *Functional Federalism and the Future of Medicare in Canada* (Health Action Lobby, 2012), 10.
- <sup>21</sup> Marilyn Field, Kathleen Lohr, *Clinical Practice Guidelines : Directions for a New Program*. (Washington, DC: National Academy Press, 1990), 38.
- <sup>22</sup> Organisation mondiale de la santé, *Bridging the "Know-Do" Gap: Meeting on Knowledge Translation in Global Health*. (Genève : Organisation mondiale de la santé, 2005).
- <sup>23</sup> Communiqué des premiers ministres, Winnipeg, 2010.
- <sup>24</sup> Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Clinical Practice Guidelines in Canada : Toward a National Strategy*. (Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2011), 18.
- <sup>25</sup> Michael Mirolla, *The Cost of Chronic Disease in Canada* (2004, The Chronic Disease Management Alliance of Canada ), iii)
- <sup>26</sup> Michael Mirolla, *The Cost of Chronic Disease in Canada* (2004, The Chronic Disease Management Alliance of Canada ), iii)
- <sup>27</sup> Fondation canadienne des maladies du cœur, communication personnelle au Comité sénatorial permanent des affaires sociales des sciences et de la technologie, *Un changement transformateur s'impose : un examen de l'Accord sur la santé de 2004*, mars 2012.
- <sup>28</sup> Tobe, SW et coll., *Harmonization of guidelines for the prevention and treatment of cardiovascular disease: the C-CHANGE Initiative*. Journal de l'Association médicale canadienne, 18 octobre 2011, 183 (15), pp E1135-E1150.
- <sup>29</sup> *Association of Temporal Trends in Risk Factors and Treatment Uptake with Coronary Heart Disease Mortality, 1994-2005*, Journal de l'American Medical Association, 12 mai 2010, 1847.
- <sup>30</sup> Conference Board du Canada, *La stratégie canadienne de santé cardiovasculaire : facteurs de risque et répercussions sur les coûts futurs* (Ottawa : Conference Board du Canada, février 2010), 16.



<sup>31</sup> Association canadienne du diabète, Diabète Québec. *Diabète : le Canada à l'heure de la remise en question, tracer une nouvelle voie*. (Association canadienne du diabète, Diabète Québec, 2012).

<sup>32</sup> Association canadienne du diabète, *Diabète : le Canada à l'heure de la remise en question, tracer une nouvelle voie*, 2012 (Association canadienne du diabète, Diabète Québec, 2012).

<sup>33</sup> Association canadienne du diabète, *Diabète : le Canada à l'heure de la remise en question, tracer une nouvelle voie*, 2012 (Association canadienne du diabète, Diabète Québec, 2012).

<sup>34</sup> International Diabetes Institute, énoncé de position : le pied diabétique. *The diabetic foot: amputations are preventable*. (2005), 1.

<sup>35</sup> Association canadienne du diabète, *Selon un nouveau sondage, les Canadiens atteints de diabète ne prennent pas suffisamment soin de leurs pieds*, communiqué de presse, 2 mai 2012.

<sup>36</sup> The Centre for Spatial Economics, *Reducing the Prevalence of Foot Ulcers in Canada* (Association canadienne du diabète, juillet 2012), 4.

<sup>37</sup> Lettre de mandat des coprésidents à la ministre MacDonald (24 février 2012).

<sup>38</sup> Satya Audimoolam et coll. *The Role of Clinical Pathways in Improving Patient Outcomes*, 2005.

<sup>39</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales des sciences et de la technologie, *Un changement transformateur s'impose : un examen de l'Accord sur la santé de 2004* (2012).

<sup>40</sup> Les exemples ont été fournis par les provinces elles-mêmes.

<sup>41</sup> Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. *Impact économique des améliorations apportées au rendement des soins de santé primaires*. (Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé 2012).

<sup>42</sup> Ruth Martin-Misner, et coll., *Cost effectiveness and outcomes of a nurse practitioner-paramedic-family physician model of care: the Long and Brier Islands study*, (Recherche et développement en soins de santé primaires, 2009), 14-25.

<sup>43</sup> Santé Canada, *Un cadre de planification concerté des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne* (Ottawa : Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines).

<sup>44</sup> Institut canadien d'information sur la santé, *Health Personnel Trends in Canada 1993-2002*. (Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 2003).

<sup>45</sup> Les exemples ont été fournis par les provinces elles-mêmes.

<sup>46</sup> John Kotter, *Leading Change: Why Transformation Efforts Fail*. (Harvard Business Review, 1995), 1-2.

<sup>47</sup> Ministère de la Santé de la Saskatchewan, *Releasing Time to Care™ Productive Ward Productive Mental Health Unit Productive Community Hospital: Context Test*, 2009.

# Annexe A : le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé

## Premiers ministres et coprésidents

Monsieur Robert Ghiz, premier ministre de l'Île-du-Prince-Édouard

Monsieur Brad Wall, premier ministre de la Saskatchewan

## Ministres de la Santé

Monsieur Michael de Jong, Colombie-Britannique

Monsieur Fred Horne, Alberta

Monsieur Dustin Duncan, Saskatchewan

Monsieur Randy Weekes, Saskatchewan

Madame Theresa Oswald, Manitoba

Madame Deb Matthews, Ontario

Dr Yves Bolduc, Québec

Madame Madeleine Dubé, Nouveau-Brunswick

Monsieur David A. Wilson, Nouvelle-Écosse

Monsieur Doug Currie, Île-du-Prince-Édouard

Madame Susan Sullivan, Terre-Neuve-et-Labrador

Monsieur Doug Graham, Yukon

Monsieur Tom Beaulieu, Territoires du Nord-Ouest

Monsieur Keith Peterson, Nunavut

## Sous-ministres et codirigeants

Michael Mayne, ministère de la Santé et du Bien-être de l'Île-du-Prince-Édouard

Dan Florzone, ministère de la Santé de la Saskatchewan

## Sous-groupe sur les modèles de soins en équipe

Terry Goertzen, Santé Manitoba (codirectrice)

Lyne St. Pierre-Ellis, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (codirectrice)

Geof Langen, Santé Manitoba

Trish Fanjoy, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Martin Vogel, Association médicale canadienne

Todd Watkins, Association médicale canadienne

Millicent Toombs, Association médicale canadienne

Robert Boulay, Société médicale du Nouveau-Brunswick

Dan MacCarthy, British Columbia Medical Association

June Webber, Association des infirmières et infirmiers du Canada

Josette Roussel, Association des infirmières et infirmiers du Canada

Christine Rieck Buckley, Association des infirmières et infirmiers du Canada

Donna Denney, College of Registered Nurses of Nova Scotia

Sue VanDeVelde-Coke, Association of Canadian Executive Nurses

## Sous-groupe sur les guides de pratique clinique

Vasanthi Srinivasan, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (codirectrice)

Susan Williams, ministère de la Santé de l'Alberta (codirectrice)

Lynn Olenek, ministère de la Santé de l'Alberta

Monique Gervais Timmer, ministère de la Santé de l'Alberta

Louis Dimitracopoulos, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Doris Grinspun, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

June Webber, Canadian Nursing Association

Lisa Ashley, Canadian Nursing Association

Martin Vogel, Association médicale canadienne

William Hnydyk, Alberta Medical Association

Sam Shortt, Association médicale canadienne

Adele Fifield, Association canadienne des radiologistes

## Sous-groupe sur les ressources humaines dans le secteur de la santé

Graham Whitmarsh, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (codirecteur)

Bruce Cooper, ministère de la Santé de Terre-Neuve-et-Labrador (codirecteur)

Mariana Diacu, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Wendy Trotter, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Gayle Downey, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Michael Kary, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Leann Cairns, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Patrick Anderson, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Rosemary Boyd, ministère de la Santé de Terre-Neuve-et-Labrador

Libby Posgate, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Sharon Stewart, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Heather Hanrahan, ministère de la Santé de Terre-Neuve-et-Labrador

Kathy Rodway, ministère de la Santé de Terre-Neuve-et-Labrador

Andrew Wells, ministère de la Santé de Terre-Neuve-et-Labrador





LE CONSEIL  
DE LA FÉDÉRATION

[www.conseildelafederation.ca](http://www.conseildelafederation.ca)