



royalcollege.ca • collegeroyal.ca

***Vers l'atteinte de l'objectif d'un système de santé
centré sur le patient***

Examen des progrès réalisés dans la mise en œuvre
du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004
et recommandations pour améliorer ce plan

Andrew Padmos, BA, MD, FRCPC, FACP
Directeur général

Mémoire au Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie

Le 5 octobre 2011

Sommaire

Le « Plan décennal pour consolider les soins de santé » établi par les premiers ministres en 2004 englobait un vaste éventail de thèmes, de la prévention aux délais d'attente. Bien que tous soient importants, le présent examen se concentre sur les éléments interreliés et critiques suivants, qui illustrent dans quelle mesure le système de santé répond aux besoins : les ressources humaines de la santé (RHS), l'accès aux soins et la qualité des soins, l'innovation et la viabilité. Ce qui importe le plus pour les Canadiens est la possibilité d'avoir accès à des soins de grande qualité au moment où ils en ont besoin. En même temps, les fournisseurs de soins et les patients reconnaissent que le système actuel est confronté à de nombreux problèmes et qu'il faut procéder à des changements fondamentaux afin de l'améliorer.

Est-ce que le Canada a accompli des progrès dans le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*? La population continue de subir des frustrations quant à l'accès en temps opportun à des fournisseurs de soins appropriés. En outre, l'efficacité de la prestation des services accuse un recul au Canada. Malgré de nombreux efforts en matière de planification et de recherche relatives aux RHS entrepris par les gouvernements et les intervenants, l'objectif du maintien d'effectifs de fournisseurs de soins de santé en nombre suffisant dans tout le pays s'est révélé être difficile à atteindre. La viabilité du système actuel est remise en question, soulevant des arguments en faveur d'une réforme pressante et de solutions novatrices en matière de prestation de soins de santé. La situation n'est toutefois pas entièrement négative. Le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* a élevé les soins de santé au niveau de priorité nationale et a suscité l'élaboration de plans d'action pour remédier aux problèmes les plus préoccupants. Là où les gouvernements ont établi des points de repère fondés sur des données probantes, les délais d'attente ont connu des réductions substantielles manifestes dans certaines spécialités, notamment dans le traitement de certains cancers, la chirurgie cardiaque, le remplacement de la hanche et du genou, ainsi que la chirurgie de la cataracte.

La mesure des résultats pour la santé a toujours été prioritaire devant la quantification de l'efficacité et de l'efficacéité qui, en règle générale, ne suit pas un processus systématique malgré son importance pour l'évaluation de la viabilité. Il sera nécessaire de poursuivre les travaux afin de mettre en rapport les résultats pour la santé et leurs facteurs contributifs, et aussi pour établir des normes nationales sur les résultats en santé (p. ex., taux d'obésité juvénile, taux de blessures) Le Collège royal reconnaît l'engagement du gouvernement fédéral à continuer d'investir dans des activités favorables à l'innovation en santé. La compétitivité et la productivité du Canada pourraient être rehaussées par le truchement d'observatoires dédiés à la recherche qui serviraient d'incubateurs de pratiques avant-gardistes.

Les recommandations suivantes se fondent sur des évaluations approfondies d'études et d'enquêtes sur l'état des soins de santé au Canada qui contrastent avec les fondements du *Plan décennal pour consolider les soins de santé* de 2004. Ces recommandations reconnaissent que les Canadiens en santé constituent la ressource la plus précieuse du pays et offrent des orientations stratégiques vers l'atteinte de cet objectif. Elles expriment les points de vue actuels des intervenants et se fondent sur les récentes présentations du Collège royal aux comités permanents du gouvernement fédéral sur la santé et les finances, et sur ses énoncés de position sur le système de santé complexe du Canada :

1. Investir dans des programmes d'éducation et de formation médicales centrés sur le patient qui soutiennent l'apprentissage et le développement professionnel continus pour répondre aux besoins de la population diversifiée du Canada.

Le Canada a accompli d'énormes progrès dans la réforme des soins primaires. Les investissements découlant de l'accord de 2004 ont jeté des bases solides en vue de ces réalisations. Reconnaisant que près de la moitié des effectifs médicaux fournissent un vaste éventail de soins au-delà des soins primaires, des investissements ciblant les soins spécialisés assureront l'optimisation des avancées dans le domaine des soins primaires et la prestation aux Canadiens de soins de grande qualité au moment où ils en ont besoin.

Le Collège royal recommande que le gouvernement fédéral établisse un financement continu et ciblé pour augmenter la capacité des écoles de médecine. Ces fonds soutiendraient notamment l'innovation en matière de formation, l'éducation interprofessionnelle, des postes adéquats de résidence ainsi que l'élaboration de systèmes et d'outils d'évaluation en vue de l'intégration de diplômés en médecine de l'étranger. Ces mesures auront des répercussions directes sur la réduction des délais d'attente, l'amélioration de l'accès aux soins et le soutien aux plans d'action stratégiques en matière de RHS.

Des investissements soutenus dans la formation des médecins et des autres professionnels de la santé, ainsi que dans la recherche médicale, psychosociale et dans le domaine de la santé amélioreront la capacité du Canada à intégrer et à retenir d'éminents chercheurs biomédicaux, scientifiques et spécialistes en santé, et à soutenir l'innovation en santé.

En outre, afin d'assurer que les Canadiens ne soient pas privés des services de santé qui leur sont nécessaires à cause de pénuries de professionnels de la santé ou d'autres ressources, le Collège royal recommande que le gouvernement du Canada soutienne un fonds spécial d'infrastructure afin de fournir des secours et une aide de nature exceptionnelle aux collectivités des régions rurales et éloignées qui n'ont pas accès à des services de santé adéquats, notamment les peuples autochtones, et d'intégrer ces derniers dans les professions de la santé, donnant ainsi à ces individus et à leurs collectivités une plus grande autonomie.

2. *Établir un observatoire pancanadien en matière de ressources humaines de la santé afin d'améliorer la capacité du Canada à planifier et déployer adéquatement ses effectifs de soins de santé et à répondre aux besoins de tous les Canadiens, y compris ceux des collectivités et des populations mal desservies.*

L'accès aux soins en temps opportun est un objectif primordial du plan de 2004 des premiers ministres. Le fonds de réduction des délais d'attente a généré des résultats positifs dans les domaines stratégiques signalés dans le plan. L'accès aux soins en temps opportun demeure toutefois un sujet de préoccupation pour un grand nombre de Canadiens et de fournisseurs de soins de santé. Étant donné que les soins de santé dépendent fortement des effectifs, le Canada devrait établir une ressource nationale axée sur la science des ressources humaines, comme l'on fait de nombreux pays, parmi lesquels figurent les États-Unis et le Royaume-Uni.

Le Collège royal recommande que le gouvernement fédéral offre une coordination nationale et un soutien financier pour un observatoire pancanadien des ressources humaines de la santé (RHS) qui aiderait à optimiser la contribution de tous les professionnels de la santé à la prestation de soins en collaboration au sein d'une équipe multidisciplinaire. Un observatoire des RHS procurerait un lieu pour la recherche en science des ressources humaines, y compris la recherche systématique de pratiques prometteuses et éprouvées au Canada et à l'étranger. Un observatoire soutiendrait également l'échange et l'application de connaissances entre les provinces et territoires du Canada et aussi avec d'autres pays pour une meilleure planification et répartition des réserves de professionnels de la santé en vue d'assurer que les Canadiens aient un accès opportun à des soins de grande qualité.

3. *Participer à la conception d'une stratégie nationale de prévention des blessures qui définirait des mesures de sensibilisation accrue du public et inciterait de nombreux intervenants à élaborer des mesures concertées de contrôle des blessures au Canada.*

La viabilité est également devenue un enjeu primordial depuis l'adoption du plan décennal en 2004. Des stratégies relatives à la prévention et des investissements dans les soins primaires visant à éviter que les Canadiens aient recours au système de santé se situent à l'avant-plan. Il existe toutefois d'autres moyens d'atteindre cet objectif et ainsi alléger le

fardeau des personnes touchées et de leur famille ainsi que de l'économie en général avec des résultats rapides.

Une stratégie éprouvée se centre sur la réduction du nombre de cas de blessures; sa mise en œuvre génère des résultats positifs considérables en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité de vie et l'allègement du fardeau financier pour tous. Les coûts attribués aux blessures non intentionnelles, aux suicides et aux blessures auto-infligées s'élevaient à 20 milliards de dollars en 2004. Les blessures ont une incidence directe sur la santé et la qualité de vie de plus de un Canadien sur dix. On estime qu'une stratégie nationale de prévention des blessures comportant des mesures concertées de prévention et de contrôle pourrait, deux ans après sa mise en œuvre, avoir sauvé 4000 vies, réduit les taux de blessures de 30 pour cent et fait épargner plus de six milliards de dollars en coûts de soins de santé. Le déploiement d'une telle stratégie donnerait au système de santé de la latitude pour améliorer l'accès.

Le Collège royal recommande que le gouvernement fédéral contribue au financement d'un *institut de prévention des blessures* — élément essentiel d'une stratégie pancanadienne de prévention des blessures — conçu pour permettre des échanges de connaissances et de pratiques directrices entre les groupes existants et émergents, et mesurer les progrès accomplis par rapport aux objectifs énoncés et aux investissements réalisés. Cet institut faciliterait la collaboration, définirait des normes pancanadiennes, mènerait des recherches, créerait un dépôt national de données sur les blessures, mesurerait les progrès, et serait le siège d'un organisme consultatif centralisé et reconnu à l'échelle internationale.

Introduction

En 2004, les premiers ministres et le gouvernement fédéral ont établi un plan décennal pour consolider les soins de santé. Les fondements du plan exprimaient les valeurs canadiennes et les attentes relatives à un système réactif et viable, soit un système qui préserve les principes d'universalité, d'accessibilité, de transférabilité, d'intégralité et de gestion publique.

Le présent examen se penche sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du plan décennal de 2004. Les recommandations du Collège royal offrent des orientations pour remédier aux problèmes se rapportant aux ressources humaines de la santé (RHS) et trouver des solutions aux défis que représentent l'accès aux soins en temps opportun et la qualité des soins, ainsi que les obstacles à l'innovation et à l'atteinte de la viabilité.

La mesure des progrès réalisés par rapport au plan de 2004 et l'application des leçons tirées serviront à éclairer la planification future. Les Canadiens en santé représentent la plus précieuse ressource du pays.

Contexte

Organisme national sans but lucratif fondé en 1929 par une loi spéciale du Parlement, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal) se voue à établir les plus hautes normes en matière de formation médicale postdoctorale — au moyen d'examens nationaux de certification et de programmes d'apprentissage continu — et à aider à éclairer une politique appropriée en matière de santé pour les Canadiens.

Les médecins et chirurgiens spécialistes et les résidents membres du Collège royal dont le nombre s'élève à plus de 43 000¹ représentent 67 spécialités, surspécialités et programmes spéciaux, offrant un éclairage unique et exhaustif sur les progrès réalisés dans le domaine des soins de santé au Canada.

Ce que les Canadiens attendent de leur système de santé

La santé et le mieux-être sont importants pour les Canadiens, et les soins de santé devraient venir en tête des priorités du gouvernement fédéral d'après un sondage de Nanos Research² réalisé pour le compte de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et de l'Association médicale canadienne en prévision des dernières élections fédérales.

Parmi un certain nombre d'initiatives budgétaires possibles très favorisées par les Canadiens, 86 pour cent des répondants souhaitent la mise sur pied de programmes de soins de longue durée dans un milieu spécialisé pour les patients non autonomes ainsi que des services de santé à l'extérieur des hôpitaux, 85 pour cent voudraient que des fonds soient attribués pour remédier à la situation des délais d'attente pour les soins ou à la difficulté de trouver un fournisseur de soins primaires, et 83 pour cent voudraient que des fonds soient investis dans la recherche en santé.

Les patients (et les fournisseurs) ont leur propre définition des soins de santé de grande qualité, mais nombreux sont ceux qui conviennent que les dimensions communes de la qualité comprennent la sécurité, la compétence des fournisseurs, l'acceptabilité, l'accessibilité, l'efficacité, la pertinence et l'efficacité³. La prestation de soins de santé de grande qualité, quels qu'en soient les éléments, doit être la pierre angulaire de toutes les initiatives.

Le gouvernement du Canada a publié un rapport sur son rôle dans le contexte de la santé des Canadiens⁴, dont les conclusions signalent les attentes de la population en matière de soins de santé :

- Les Canadiens privilégient une collaboration fédérale, provinciale et territoriale en ce qui concerne la prestation des soins de santé; ils soutiennent fortement des normes nationales pour la prestation de soins de santé s'appuyant sur un régime d'assurance à payeur unique

d'après lequel le gouvernement finance les services médicaux, mais n'en assure pas la prestation.

- Les Canadiens veulent avoir accès aux services médicaux nécessaires quand ils en ont besoin (c.-à-d. en temps opportun), sans égard pour la capacité de payer des individus et sans occasionner de fardeau financier.
- Les Canadiens perçoivent que le modèle actuel d'organisation et de fonctionnement du système de santé financé par les fonds publics n'est pas viable; il est nécessaire de procéder à un renouvellement et à une réforme pour en améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficacéité.

Fiche de rendement du plan décennal pour consolider les soins de santé

La réduction des délais d'attente, l'amélioration de l'accès aux soins et la qualité des soins demeurent prioritaires

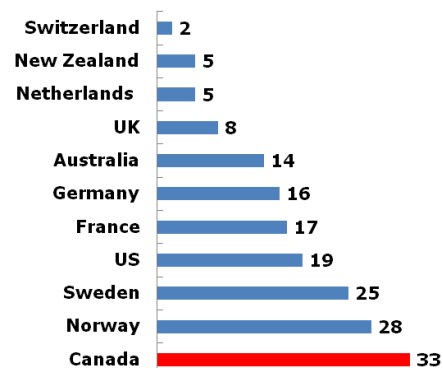
L'accès et la qualité des soins constituent les principales priorités pour les Canadiens en matière de soins de santé⁵. On entend par accessibilité la possibilité d'atteindre et d'obtenir des soins moyennant un temps et des efforts raisonnables. Toutes les compétences ont mis en œuvre des mesures concrètes visant à remédier à la situation des délais d'attente, comprenant des jalons et des points de repère pour estimer les résultats⁶. Les résultats varient d'une compétence à une autre.

L'accès à des soins de santé de grande qualité vient en tête de liste des priorités des Canadiens.

Statistique Canada a constaté que les délais pour recevoir des soins demeurent le principal obstacle à l'accès. En 2005, plus de un Canadien sur dix âgé de 15 ans ou plus a consulté un spécialiste, et près de 20 pour cent de ces personnes ont mentionné des difficultés d'accès aux soins⁷. Le Conseil canadien de la santé rapporte que le Canada ignore encore combien de médecins devraient être formés et dans quelles spécialités⁸.

Santé Canada présente la satisfaction des patients comme indicateur de bien-être au Canada⁹. Une majorité de Canadiens ont déclaré être généralement satisfaits du système de santé dans le cadre de l'enquête réalisée en 2010 par le Fonds du Commonwealth¹⁰, mais l'étude signale également les causes fondamentales d'un faible degré de satisfaction parmi lesquelles figurent les difficultés d'accès; le Canada fait piètre figure à cet égard comparativement à d'autres pays (encart).

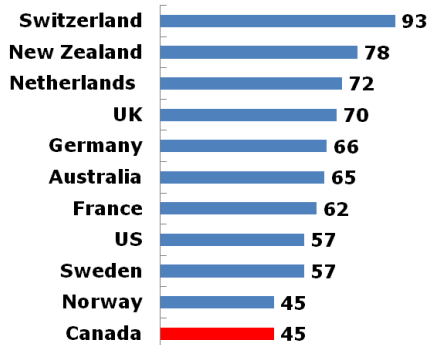
**Access to doctor or nurse when sick or needed care
Waited six days or more (per cent)**



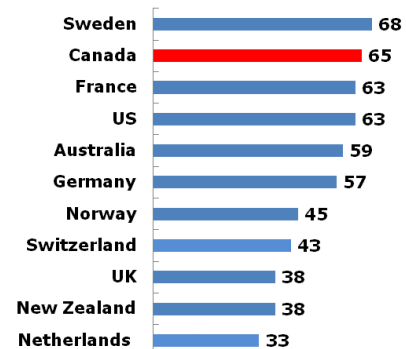
Une étude canadienne récente publiée dans le British Medical Journal (BMJ)¹¹ et qui a fait les manchettes¹² a établi un rapport entre les délais d'attente prolongés dans les services des urgences et un risque accru d'événements indésirables, confirmant ainsi les inquiétudes des patients. Les faits révèlent une croissance de la frustration des patients fondée sur certains aspects de la prestation de soins qui ternissent l'image de qualité des soins de santé.

Voici ce que les patients canadiens avaient à déclarer (encarts) au sujet de l'accès par rapport à la situation dans des pays ayant un degré de développement similaire¹³. Le Canada figure parmi les pays qui affichent les pires résultats en ce qui concerne l'accès aux soins en temps opportun.

**Access to doctor or nurse when sick or needed care
Same or next-day appointment (per cent)**



**Difficulty getting after-hours care without going to the
emergency room (per cent)**



Ces résultats ne reflètent *pas* nécessairement la qualité des soins au moment où ils sont prodigués, mais ils indiquent que le système de prestation est en crise. Cela dit, le Conseil canadien de la santé¹⁴ a relevé, en 2008, quatre spécialités — l'oncologie, la chirurgie cardiaque, le remplacement de la hanche et du genou, et la chirurgie de la cataracte — pour lesquelles les gouvernements ont établi des repères fondés sur des données probantes; l'application de cette mesure a donné lieu à une réduction substantielle des délais d'attente. Quoi qu'il en soit, il est nécessaire de poursuivre les travaux pour établir une corrélation entre les résultats pour la santé et leurs facteurs contributifs, et des résultats positifs ou négatifs.

Les ressources humaines de la santé, pivot d'un système centré sur le patient; le système est-il plus fort?

Le plan décennal de 2004 reconnaissait que des pénuries de catégories de professionnels de la santé dans certaines régions du pays contribuaient aux problèmes des délais d'attente et d'accès¹⁵. Des plans d'action visant à assurer une réserve et une répartition appropriée de professionnels de la santé ont été accélérés dans le but d'évaluer les lacunes et d'offrir des solutions. Qu'est-ce qui a été accompli?

Malgré de nombreux efforts en matière de planification et de recherche relatives aux RHS entrepris par les gouvernements et les parties prenantes, l'objectif du maintien d'effectifs de fournisseurs de soins de santé en nombre suffisant dans tout le pays s'est révélé être difficile à atteindre.

Le Canada accuse un recul dans l'efficacité de la prestation des services. La répartition des ressources et l'exposition à des fournisseurs compétents et à des processus adéquats ont une incidence sur l'efficacité¹⁶. La mise en œuvre graduelle des services de soins à domicile, des soins primaires et communautaires étendus et de l'accès aux soins dans le « Nord » s'appuie sur un effectif complet de professionnels de la santé bien formés qui exercent dans le continuum entier des soins de santé. Cet effectif comprend également des spécialistes de la prévention, de la promotion de la santé et de la santé publique.

En 2009, le Collège royal a présenté ses constatations et ses recommandations au sujet des problèmes liés aux ressources humaines de la santé (RHS) dans un mémoire au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes intitulé *Ressources humaines en santé : Un élément essentiel d'un système de santé durable, accessible et réactif*¹⁷. Des initiatives pancanadiennes sur les RHS menées par des professions de la santé, des gouvernements et des organismes non gouvernementaux ont documenté, avec faits probants à l'appui, la concurrence constante que se font les compétences pour attirer des fournisseurs de soins de santé. Résultat : le public continue d'être frustré par les délais d'attente, le manque de coordination des soins et la difficulté de trouver des fournisseurs de soins appropriés.

En 1999 déjà, le *Groupe de travail Deux*, une coalition d'intervenants représentant le milieu médical canadien et les gouvernements, a entrepris d'élaborer une stratégie pancanadienne à long terme en matière de ressources humaines pour les médecins (et d'autres fournisseurs de

soins) en tenant compte des vastes perspectives des initiatives de RHS en cours à l'époque. En 2006, le Groupe de travail Deux a publié un rapport, *Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada : rapport final*¹⁸ qui a énoncé des orientations à long terme au sujet de cinq aspects clés des ressources humaines de la santé :

- L'éducation et la formation des médecins et des autres professionnels de la santé tout au long de leur cycle de vie professionnel doivent correspondre aux besoins de la diversité de la population du Canada.
- La pratique interprofessionnelle en collaboration doit comporter des rôles d'importance clairement définis pour les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé. (Le Collège des médecins de famille du Canada¹⁹ reconnaît un milieu dynamique de soins primaires centré sur le patient entre autres par l'accès continu et complet à une équipe interprofessionnelle — un dénominateur commun en matière de RHS repris dans les pratiques directrices.)
- Une approche pancanadienne est nécessaire dans la planification continue des ressources humaines pour les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé; cette approche doit comporter des facteurs fondés sur les besoins et doit incorporer une stratégie globale cohérente de recrutement et de maintien en poste. (Le Groupe d'intervention action santé²⁰ recommande que le gouvernement fédéral crée un *fonds d'infrastructure nationale stratégique pour les ressources humaines en santé* en soutien aux professionnels de la santé afin qu'ils puissent mettre sur pied de nouveaux modèles de soins de santé et de pratique interprofessionnelle, et intégrer efficacement et de manière appropriée la recherche et l'innovation dans la pratique en santé.)
- Les décisions complémentaires en matière de réglementation doivent soutenir à la fois la pratique axée sur le patient et la mobilité des fournisseurs de soins.
- L'infrastructure et la technologie doivent assurer la prestation et l'interopérabilité efficace et efficiente de systèmes afin d'aider les médecins et les autres fournisseurs de soins à offrir de façon opportune des soins de qualité dans tous les environnements de pratique et les points de service.

La *Stratégie de recherche axée sur le patient du Canada* reprend ces mêmes directives en matière de RHS²¹. Les objectifs liés aux RHS visant à améliorer les résultats pour la santé et l'expérience des patients quant aux soins de santé sont les suivants :

- renforcer la capacité du Canada d'attirer, de former et d'encadrer des professionnels de la santé et des chercheurs en santé, et créer des cheminements professionnels viables en recherche axée sur le patient;
- rendre le cadre organisationnel, réglementaire et financier plus favorable aux études cliniques au Canada, et faire participer davantage les patients et les cliniciens à ces études;
- améliorer le processus de repérage des pratiques exemplaires, accélérer leur développement et leur adaptation sous forme de recommandations cliniques, et soutenir leur adoption par les cliniciens, les soignants et les patients.

Le rapport souligne la nécessité de créer un processus pancanadien concerté pour la détermination des priorités axées sur le patient et l'établissement d'une infrastructure de recherche d'avant-garde (pancanadienne) s'harmonisant avec tout le continuum des besoins des patients. Les *Principes*

L'interaction entre les ressources humaines en santé et les patients est véritablement axée sur le patient lorsque les deux parties considèrent l'accès aux soins et la qualité des soins comme étant de premier ordre, et que la prestation se situe à un degré viable.

*pour orienter la transformation des soins de santé*²² de l'Association médicale canadienne présentent des solutions en matière de RHS essentielles au maintien d'une expérience centrée sur le patient et qui comprennent :

- des modèles de pratique en collaboration;
- des normes et des autorisations d'exercer pancanadiennes;
- une planification souple des RHS permettant l'adaptation aux besoins locaux.

De nombreuses recommandations ont été faites au Comité permanent des finances de la Chambre des communes^{23 24} pour que le gouvernement fédéral investisse dans un centre national afin de faciliter une planification des RHS fondée sur des faits probants. Ce centre soutiendrait également l'accélération de l'intégration de la recherche et de l'innovation dans le système de santé par le truchement de la Stratégie de recherche axée sur le patient des Instituts de recherche en santé du Canada.

Viabilité

La viabilité est aussi devenue un enjeu crucial depuis l'adoption du plan décennal de 2004. L'efficacité et l'efficacités sont des indicateurs clés de la viabilité. L'atteinte de l'efficacité opérationnelle signifie maximiser l'utilité des minces ressources dont on dispose — sans pertes — pour produire les résultats souhaités. Cette définition s'applique en ce qui concerne les ressources humaines de la santé, le temps, les finances, l'infrastructure et le matériel. Par conséquent, il y a lieu de remettre en question les quelque 20 milliards de dollars dépensés pour le traitement de blessures évitables alors que ces sommes pourraient être affectées à des mesures visant l'amélioration et le maintien de la santé des Canadiens.

De nombreuses stratégies axées sur la prévention ont été déployées et des fonds ont été injectés dans le secteur des soins primaires dans le but d'éviter aux Canadiens d'avoir recours au système de soins de santé. Le Canada doit toutefois rechercher systématiquement d'autres moyens d'atteindre cet objectif, et ainsi alléger le fardeau imposé aux individus touchés et à leur famille, au système de santé et à l'économie de façon plus générale.

Une stratégie éprouvée se centre sur la réduction du nombre de cas de blessures; sa mise en œuvre génère des résultats positifs considérables en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité de vie et l'allègement du fardeau financier pour tous. Les coûts attribués aux blessures non intentionnelles, aux suicides et aux blessures auto-infligées s'élevaient à 20 milliards de dollars en 2004. Les blessures ont une incidence directe sur la santé et la qualité de vie de plus de un Canadien sur dix. On estime qu'une stratégie nationale de prévention des blessures comportant des mesures concertées de prévention et de contrôle pourrait, deux ans après sa mise en œuvre, avoir sauvé 4000 vies, réduit les taux de blessures de 30 pour cent et fait épargner plus de six milliards de dollars en coûts de soins de santé. Le déploiement d'une telle stratégie donnerait au système de santé de la latitude pour améliorer l'accès.

La mesure des résultats pour la santé a toujours été prioritaire devant la quantification de l'efficacité et de l'efficacités qui, en règle générale, ne suit pas un processus systématique malgré son importance pour l'évaluation de la viabilité²⁵. Il sera nécessaire de poursuivre les travaux afin de mettre en rapport les résultats pour la santé et leurs facteurs contributifs, et aussi pour établir des normes nationales sur les résultats pour la santé, comme des taux de blessures. Étant donné l'impact négatif incontestable des blessures sur les familles, la société, et les professionnels de la santé en première ligne des traumatismes et autres événements catastrophiques, qui inévitablement, font obstacle à l'accès pour d'autres besoins en soins de santé, le Canada ferait preuve de négligence s'il n'entreprenait pas la mise sur pied d'un institut des blessures, dont le modèle australien a généré de nombreux résultats positifs.

Le Collège royal reconnaît l'engagement du gouvernement fédéral à continuer d'investir dans des activités favorables à l'innovation en santé.

Recommandations pour consolider les soins de santé

Les recommandations suivantes se fondent sur des évaluations approfondies d'études et d'enquêtes sur l'état des soins de santé au Canada qui contrastent avec les fondements du *Plan décennal pour consolider les soins de santé* de 2004. Ces recommandations sont proposées en vue de renforcer les fondements du système de soins de santé : les ressources humaines de la santé, l'accès, la qualité des soins, l'innovation et la viabilité, qui sont présentés en détails dans le sommaire.

- 1. Investir dans des programmes d'éducation et de formation médicales centrés sur le patient qui soutiennent l'apprentissage et le développement professionnel continu pour répondre aux besoins de la population diversifiée du Canada.**
- 2. Établir un observatoire pancanadien en matière de ressources humaines de la santé afin d'améliorer la capacité du Canada à planifier et déployer adéquatement ses effectifs de soins de santé et à répondre aux besoins de tous les Canadiens, y compris ceux des collectivités et des populations mal desservies.**
- 3. Participer à la conception d'une stratégie nationale de prévention des blessures qui définirait des mesures de sensibilisation accrue du public et inciterait de nombreux intervenants à élaborer des mesures concertées de contrôle des blessures au Canada.**

Conclusion

Bien que le système de santé canadien actuel ait d'énormes défis à relever, le Collège royal est persuadé que des solutions sont à portée de main. Il faut travailler de concert pour les atteindre. Les Canadiens en santé et les effectifs du secteur de la santé constituent les plus précieuses ressources du pays.

Notes de fin de document

1. Collège royal, 2011, *Membership the Vital Factor*, p. 1.
2. CNW, 2011, *Health Care No.1*, p. 1.
3. MacIntosh and McCutcheon, 1992, *Stretching to Continuous Quality*, p. 2.
4. Parlement du Canada, 2002, *La santé des Canadiens*, p. 1.
5. Soroka, 2007, *Canadian Perceptions Health Care*, p. 3.
6. Santé Canada, 2004, *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, p. 2.
7. Statistique Canada, 2006, *Accès aux services de soins de santé au Canada*, p. 8.
8. Conseil de la santé du Canada, 2011, *Examen du Plan décennal*, p. 3.
9. Ressources humaines et Développement des compétences Canada, 2005, *Santé – Satisfaction des patients*, p. 1.
10. Fonds du Commonwealth, 2010, *International Health Policy Survey*, p. 1.
11. Ackroyd-Stolarz et coll., 2011, *Emergency Department Adverse Events*, p. 1.
12. National Post, 2011, *ER Crowding Greater Risk*, p. 1.
13. Fonds du Commonwealth, 2010, *International Health Policy Survey*, p. 1.
14. Conseil de la santé du Canada, 2011, *Examen du Plan décennal*, p. 2.
15. Santé Canada, 2004, *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, p. 2.
16. Weinstein and Skinner, 2010, *Comparative Effectiveness Health Care*, p. 1.
17. Collège royal, 2009, *Ressources humaines en santé : Un élément essentiel d'un système de santé durable, accessible et réactif*, p. 1.
18. Groupe de travail Deux, 2006, *Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada : rapport final*, p. ii.
19. Collège des médecins de famille du Canada, 2011, *Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada : Concept du « Medical Home »*, p. 3.

20. Groupe d'intervention action santé, 2011, *Healthy People Healthy Society*, p. 2.
21. Instituts de recherche en santé du Canada, 2011, *Stratégie de recherche axée sur le patient du Canada*, p. 1.
22. Association médicale canadienne, 2011, *Principes devant guider la transformation des soins de santé au Canada*, p. 3.
23. Association des facultés de médecine du Canada, 2011, *Répondre aux besoins de santé changeants des Canadiens*, p. 2.
24. Association canadienne des institutions de santé universitaires, 2011, *Notre première richesse est la santé*, p. 1.
25. Agency for Healthcare Research and Quality, 2008, *Health Care Efficiency Measures*, p. 1.

Bibliographie

Ackroyd-Stolarz S, JR Guernsey, NJ MacKinnon and G Kovacs. 2011. *The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study*. Last retrieved April 1, 2011, from BMJ website: www.qualitysafety.bmj.com

Agency for Healthcare Research and Quality. 2008. *Identifying, Categorizing, and Evaluating Health Care Efficiency Measures*. Last retrieved September 16, 2011, from AHRQ website: www.ahrq.org

Angell MA. 2011. *Privatizing health care is not the answer: lessons from the United States*. Last retrieved September 16, 2011, from CMAJ website: www.cmaj.ca

Association of Canadian Academic Healthcare Organizations. 2011. *Our first wealth is health. Strategic investments that create jobs and sustain a healthy population & economy*. Last retrieved September 16, 2011, from ACAHO website: www.achao.org

Association of Faculties of Medicine of Canada. 2011. *Meeting the evolving healthcare needs of Canadians*. Last retrieved September 16, 2011, from AFMC website: www.afmc.ca

Canadian Institutes of Health Research. 2011. *Canada's strategy for patient-oriented research*. Last retrieved September 16, 2011, from CIHR website: www.cihr-irsc.gc.ca

Canadian Medical Association. 2011. *Principles to guide health care in Canada*. Consultation draft: 4 pp.

CNW. 2011. *Health care is no.1*. Last retrieved April 13, 2011, from CNW website: www.cnw.ca

College of Family Physicians of Canada. 2009. *Patient-centred primary care in Canada: Bring it on home*. Discussion paper: 27 pp.

Commonwealth fund. 2011. *2010 Commonwealth fund international health policy survey*. Last retrieved September 16, 2011, from Commonwealth fund website: www.commonwealthfund.org

Health Action Lobby. 2011. *Healthy people, healthy society*. Draft submission to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

Health Canada. 2004. *Health care system. First Minister's meeting on the future of health care 2004. A 10-year plan to strengthen health care*. Last retrieved September 27, 2011, from the Health Canada website: www.hc-sc.gc.ca.

Health Council of Canada. 2011. *Health Council of Canada review of the 10-year plan to strengthen health care*. Report to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

Human Resources and Skills Development Canada. 2005. *Health — Patient Satisfaction. Indicators of Well-being in Canada*. Last retrieved January 26, 2011, from HRSDC website: www.hrsdc.gc.ca

MacIntosh AM and DJ McCutcheon. 1992. *Stretching to Continuous Quality Improvement from Quality Assurance: A Framework for Quality Management*. Canadian Journal of Quality in Health Care. **9** (2): 19 – 22.

National post. 2011. *ER crowding puts patients at greater risk, study finds*. Last retrieved September 16, 2011, from Worldnews website: www.wn.com

New England Journal of Medicine. 2006. *Private health care in Canada*. Last retrieved September 16, 2011, from NEJM website: www.nejm.org

Parliament of Canada. 2002. *The health of Canadians — the federal role*. Last retrieved September 16, 2011, from parliament of Canada website: www.parl.gc.ca

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2010. *Bridging the gap. Building collaborative foundations for an effective and efficient health care system*. Brief to the House of Commons Standing Committee on Finance. August 13.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2009. *Health human resources. An essential part of a sustainable, accessible and responsive healthcare system*. Brief to the House of Commons Standing Committee on Health. April 28.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2010. *Injuries are not accidents. They are a preventable disease*. Royal College Council position statement: July 7.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2008. *Safeguarding the quality of the educational continuum and medical workforce in Canada's complex healthcare system*. Brief to the House of Commons Standing Committee on Health. December 14.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2011. *Various policy statements and membership information*. Last retrieved September 16, 2011, from the Royal College website: www.royalcollege.ca

Soroka SN. 2007. *Canadian Perceptions of the Health Care System*. Toronto: Health Council of Canada

Statistics Canada. 2006. *Access to Health Care Services in Canada: January to December 2005*. Ottawa: Catalogue no. 82-575-XIE

Task Force Two. 2006. *A physician human resource strategy for Canada*. Final report: 47 pp.

Weinstein MC and JA Skinner. 2010. Comparative Effectiveness and Health Care Spending — Implications for Reform. *New England Journal of Medicine*. 362: 460 – 465.