



Vers un système de santé de qualité : Défis et stratégies

Rapport sur un atelier

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

On peut se procurer des exemplaires supplémentaires auprès de :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366

On peut obtenir, sur demande, la présente publication sur disquette,
en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998
N° de cat. H39-455/1998
ISBN 0-662-63902-2

VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ : DÉFIS ET STRATÉGIES

***Co-parrainé par Santé Canada
et l'Association médicale canadienne***

RAPPORT SUR UN ATELIER TENU À OTTAWA

le 22 juin 1998

PRÉPARÉ PAR :

Pamela Thompson
INPRO CONSULTING INC.

Table des matières

Introduction	1
Vision d'un système de santé de qualité	2
Questions et problèmes à résoudre dans la progression vers un système de santé de qualité	2
Ateliers en petits groupes	3
GROUPE 1 : <i>Systèmes d'information, données et évaluation</i>	4
GROUPE 2 : <i>Participation, partenariat et collaboration</i>	7
GROUPE 3 : <i>Vision, objectifs, politiques et mesures à l'échelle nationale</i>	8
GROUPE 4 : <i>Accès</i>	9
GROUPE 5 : <i>Définition des droits et des responsabilités</i>	12
Évaluation des ateliers	17
Conclusion	18
Annexes	
Annexe A : <i>Liste des participants</i>	20
Annexe B : <i>Ordre du jour</i>	25
Annexe C : <i>Vision d'un système de santé de qualité</i>	27
Annexe D : <i>Questions et problèmes à résoudre dans la progression vers un système de santé de qualité</i>	31

VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ : DÉFIS ET STRATÉGIES

Introduction

L'atelier «Vers un système de santé de qualité : Défis et stratégies», co-parrainé par Santé Canada et l'Association médicale canadienne, s'est tenu le 22 juin 1998 à Ottawa. Les participants étaient des représentants des ministères de la Santé fédéral et provinciaux, d'organisations non gouvernementales du domaine de la santé, de groupes de consommateurs, d'associations professionnelles du domaine de la santé à l'échelle nationale et provinciale (voir l'Annexe A pour la liste des participants).

L'atelier avait pour objectif de permettre aux participants de :

- Définir les éléments consensuels que devrait comprendre un système de santé de qualité.
- Identifier les principaux problèmes et questions liés à la progression vers un système de santé de qualité.
- Identifier les domaines nécessitant des interventions prioritaires et de proposer des stratégies pour aller de l'avant.

Le présent rapport offre un aperçu du contenu et du déroulement de l'atelier ainsi qu'un compte rendu détaillé des résultats issus de la rencontre. Cet atelier participatif a été conçu et animé avec l'aide de Pam Thompson, de InPro Consulting. (Voir l'Annexe B pour l'ordre du jour de l'atelier.) Le rapport est destiné à être utile aux participants à l'atelier, à leurs organisations et aux autres intervenants désirant participer au développement du système de santé. Nous espérons qu'il fera progresser la réflexion et le travail sur la question et suscitera des initiatives de collaboration chez les différents intervenants.

Accueil des participants et déroulement des activités

Barbara Ouellet, Directrice, Groupe pour la qualité en soins de santé, Santé Canada et le Dr Peter Vaughan, Directeur, Direction des affaires professionnelles, Association médicale canadienne, ont accueilli les participants au nom de leurs organisations respectives. Tous deux ont souligné l'excellent travail qui a été fait dans le domaine de la qualité jusqu'à présent et ont mis l'accent sur l'importance de poursuivre le travail, en réfléchissant sur les manières dont les divers groupes représentés pourraient conjuguer leurs efforts afin de poursuivre le développement du système de santé canadien. Pour finir, ils ont enjoint aux membres du groupe de faire preuve d'ouverture et de créativité et leur ont souhaité une journée stimulante et productive.

Vision d'un système de santé de qualité

Les participants ont été invités à nommer, dans le cadre d'une séance de remue-méninges, les éléments qui, selon leur point de vue respectif, devraient faire partie intégrante d'un système de santé de qualité. Le résultat de cette séance de remue-méninges est présenté à l'Annexe C. Le groupe a fait remarquer qu'un système de santé canadien de qualité est un système axé sur les clients, intégré, réceptif, ayant un bon rapport coût/efficacité et qui est représentatif du continuum des soins de santé - de la promotion et de la prévention de la santé aux soins aigus et à long terme. Il doit permettre à tous les consommateurs d'avoir accès à un éventail de services et de professionnels réceptifs de leur choix (y compris à des professionnels des médecines douces), sans égard à leur situation géographique ou culturelle. Le système devrait être fondé sur une évaluation régulière des besoins des personnes (comparativement aux désirs) et être doté d'un mécanisme d'auto-surveillance permettant une amélioration continue de la qualité ainsi que de dispositifs de protection garantissant la confidentialité et la protection des renseignements de santé personnels.

Questions et problèmes à résoudre dans la progression vers un système de santé de qualité

Les participants ont été invités à identifier les questions et les problèmes associés à la progression vers un système de soins de santé de qualité conformément à la vision préalablement définie. Les réponses devaient être formulées sur le modèle «Comment faire pour que...» ou «Il faudrait que...». La liste des réponses fournies au cours de la séance de remue-méninges figure à l'Annexe D.

Thèmes

Les participants ont ensuite été invités à identifier les thèmes centraux dégagés à partir de la liste de remue-méninges antérieure. Ils ont été appelés à établir un ordre de priorités des thèmes en fonction des critères suivants :

- A1 - Essentiel ou crucial pour l'évolution du dossier
- A - Très important
- B - Important
- C - Bon à avoir; un luxe

Voici les thèmes regroupés selon leur ordre de priorité.

A1 :

- Systèmes d'information, données et évaluation.
- Participation, partenariat et collaboration.
- Vision, objectifs, politiques et mesure à l'échelle nationale (définition des soins de santé et du système; choix des fournisseurs et des patients/consommateurs; exhaustivité et étendue; leadership fédéral).
- Accès (capacité de recevoir des soins là où on le veut).
- Définition des droits et des responsabilités.

A :

- Questions financières.
- Enseignement public.
- Éducation, formation et permis.
- Questions morales et éthiques (confidentialité et protection des renseignements personnels).

Il est important de noter que le groupe n'a inclus aucun des éléments précités dans les groupes B et C, considérant qu'ils sont tous très importants, voire essentiels, à l'évolution du dossier.

Ateliers en petits groupes

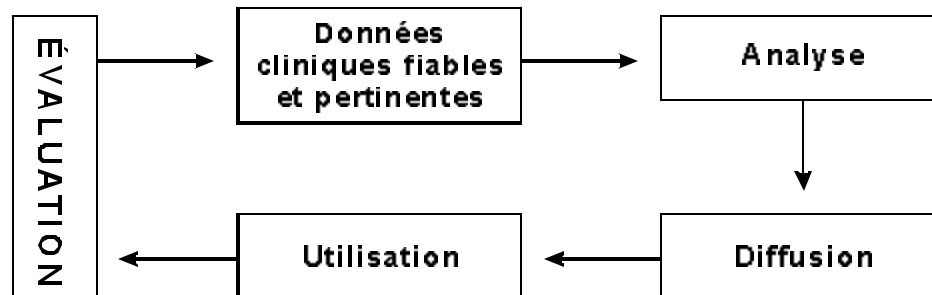
Les participants ont été divisés en cinq groupes constitués de manière à assurer un équilibre entre les divers secteurs et organisations représentés. Chaque petit groupe, placé sous la gouverne d'un animateur et d'un rapporteur expérimentés, avait pour mission de réfléchir sur un des thèmes du groupe A1 mentionné précédemment.

Après avoir bien défini le thème, les participants se sont appliqués à élaborer un ensemble de stratégies et de mesures recommandées, y compris la définition des intervenant dont il faudrait solliciter la participation au processus pour avancer sur la voie d'un système de santé de qualité dans le cadre du thème précité. Le lecteur trouvera ci-après un compte rendu du travail de chaque groupe.

GRUPE 1 : *Systemes d'information, donnees et evaluation*

Ce groupe a souligné le besoin de recueillir davantage d'information sur la santé en vue d'améliorer le processus de prise de décision et la qualité à l'intérieur du système de santé. L'information relative à la santé devrait entraîner un élargissement du choix pour le patient/consommateur, une responsabilisation accrue des professionnels et une clarification des attentes/résultats. Les participants ont insisté sur l'importance, ainsi que la difficulté, de colliger des données qualitatives autant que quantitatives. Par exemple, ils ont souligné le défi et l'importance de mesurer les aspects qualitatifs des soins, des résultats, de la fonctionnalité, de la réduction de la douleur et de la satisfaction des patients. On a mis l'accent sur l'importance d'acheminer l'information pertinente aux décideurs et d'élargir le type d'information recueillie au-delà des simples données administratives afin d'obtenir un tableau plus détaillé de la situation. On a noté que l'évaluation dépend de la perspective de l'évaluateur. Il est important de faire le lien entre l'information colligée et l'analyse et de veiller à ce qu'elle soit communiquée aux bonnes personnes et effectivement utilisée en vue d'améliorer le système, selon ce qui est illustré dans la figure 1 ci-dessous.

Figure 1



Il existe un besoin d'évaluation à tous les niveaux, que ce soit le niveau macroscopique (aux échelons fédéral, provincial, régional et communautaire), mésoscopique (au sein des organisations, des établissements et des institutions) et microscopique (au niveau des professionnels de la santé, des autres fournisseurs et des utilisateurs des soins de santé). Il faudra recueillir des données longitudinales à long terme, les évaluer et les analyser, puis coordonner l'information obtenue au niveau national, la rendre disponible et la communiquer à tous les intervenants.

Il faudra se pencher sur le rôle des secteurs public et privé dans ce domaine. La question se pose de déterminer à qui incombera la responsabilité de l'évaluation du système. Le groupe estime qu'il est hautement souhaitable de confier cette tâche à un ou plusieurs évaluateurs externes fiables, objectifs et impartiaux et que l'évaluation soit financée conjointement par les secteurs public et privé.

On a soulevé les questions de la protection de la vie privée et de la confidentialité de l'information de santé et du rôle du leadership national en la matière. La cueillette des données devra être motivée par un besoin d'utilisation; les données ne devront pas être recueillies sans justification, mais devront être analysées et diffusées selon une modalité déterminée en fonction de l'auditoire cible. Il faudra en outre sensibiliser les personnes au sujet de la valeur de la collecte et de l'analyse des données, processus dont les retombées sont éminemment lointaines.

MESURES PROPOSÉES : SYSTÈMES D'INFORMATION, DONNÉES ET ÉVALUATION

MESURES/STRATÉGIES PROPOSÉES	PARTICIPANTS
<ul style="list-style-type: none"> • Créer un institut ou un réseau national de santé de la population ayant pour mission d'analyser les données, de tirer des conclusions et de faire des recommandations en conséquence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire appel à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), à Statistique Canada et à des organisations provinciales telles que l'<i>Institute for Clinical Evaluative Sciences</i> (ICES). La structure administrative devrait inclure des fournisseurs, des consommateurs, des patients, des ONG, des groupes sans but lucratif, des organismes de recherche et des autorités régionales de la santé.
<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer un sondage national sur les médecines parallèles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Statistique Canada.
<ul style="list-style-type: none"> • Rendre l'information disponible aux fournisseurs, aux patients, aux consommateurs et aux décideurs. 	<ul style="list-style-type: none"> • ICIS, Statistique Canada, ICES, fournisseurs, consommateurs, ONG, groupes sans but lucratif, organismes de recherche et autorités régionales de santé.
<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer des recherches sur les méthodes parallèles de soins de la santé (l'hypothèse étant qu'elles ont un meilleur rapport coût/efficacité) : 1) recherche sur l'efficacité; 2) information de la population. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voir ci-dessus.
<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer des stratégies pour la création de normes concernant les dossiers des patients et les systèmes d'information et d'infrastructure de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • ICIS, Statistique Canada, ICES, fournisseurs, consommateurs, ONG, groupes sans but lucratif, organismes de recherche et autorités régionales de santé.
<ul style="list-style-type: none"> • Adopter une législation nationale sur la confidentialité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voir ci-dessus.
<ul style="list-style-type: none"> • Construire un site Web qui offre un accès convivial et en temps réel à de l'information et à des données pertinentes au public, aux fournisseurs de soins de santé, aux chercheurs et aux décideurs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voir ci-dessus.
<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer quelles stratégies sont plus efficaces pour la diffusion et l'utilisation des données et de l'information. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voir ci-dessus.

GRUPE 2 : Participation, partenariat et collaboration

Le groupe a souligné le besoin d'une participation élargie au développement d'un système de santé de qualité et la nécessité d'établir des objectifs clairs et d'adopter un processus axé sur la transparence (sans objectifs cachés) et, si possible, dépolitisé.

On a insisté sur l'importance de développer quelques principes directeurs qui soutiennent tout processus de consultation sur le système de santé. Les principes suivants pourraient être adoptés :

- Étant donné que les consommateurs n'auront pas tous les mêmes attentes, le système doit être souple.
- La consultation doit se fonder sur la base de données objectives.

MESURES PROPOSÉES : PARTICIPATION, PARTENARIAT ET COLLABORATION

MESURES/STRATÉGIES PROPOSÉES	PARTICIPANTS
<ul style="list-style-type: none">• Tenir une consultation publique sur les éléments fondamentaux qu'il importe d'inclure dans un système public de soins de la santé.	<ul style="list-style-type: none">• Agence impartiale ou association optimale d'agences.
<ul style="list-style-type: none">• Décider qui devrait mener la consultation et auprès de qui.	<ul style="list-style-type: none">• Des «super-champions» à déterminer.
<ul style="list-style-type: none">• Définir le processus de collaboration, y compris les obstacles à ce processus.	<ul style="list-style-type: none">• Des «champions» (c.-à-d. influenceurs qui adoptent une cause donnée et en font une promotion énergique au sein de leur zone d'influence).
<ul style="list-style-type: none">• Recueillir de l'information au moyen de méthodes innovatrices : groupes de réflexion, votes, sondages, Internet, organisation non traditionnelles, assemblées locales.	<ul style="list-style-type: none">• Des «champions».

GROUPE 3 : Vision, objectifs, politique et mesures à l'échelon national

Le groupe a reconnu d'emblée l'existence d'un certain nombre de documents rédigés par certaines provinces et groupes qui se sont penchés sur la question de la vision d'un système de soins de santé, mais a souligné la nécessité d'élaborer une vision nationale sur la base d'une participation élargie. Un processus de consultation et de dégagement d'un consensus devrait être adopté, au cours duquel la population canadienne et divers groupes seraient invités à formuler leurs attentes concernant l'amélioration du système de soins de santé et la structure de prestation des services de santé. La nouvelle vision devrait refléter les perspectives de toutes les parties.

Le groupe a fait valoir que la nouvelle vision devrait aller au-delà de la *Loi canadienne sur la santé* et des services assurés pour inclure les soins à domicile, l'assurance-médicaments et les soins à long terme, divers services de prévention et de promotion de la santé ainsi qu'une vaste gamme de fournisseurs. Elle devrait également tenir compte du développement des médecines parallèles.

Les membres du groupe ont souligné le défi que représente le fait d'élaborer une vision nationale qui englobe les niveaux provinciaux et régionaux, dans le cadre d'une approche axée sur les résultats concrets qui aille au-delà des concepts. Ils ont fait valoir que les guerres de territoire rendent plus difficile la mise en application des visions. Une fois la vision définie, il faudra mettre en application les aspects importants de la vision, ce qui implique une définition claire des rôles et des responsabilités aux niveaux fédéral, provincial et local. En outre, les indicateurs et les données devraient être liés au financement (p. ex. fonds basé sur la population en Saskatchewan). Le groupe a recommandé l'élaboration d'un ensemble de normes nationales et d'un certain nombre d'indicateurs de performance (plutôt que des indicateurs de résultats) sur la base desquels un système de vérification de la performance pourrait permettre d'évaluer aussi bien la totalité du système que certains secteurs ou programmes particuliers tels que les taux de mortalité et de morbidité, les temps d'attente et la satisfaction des patients. Les membres du groupe ont conclu qu'il faudra établir des objectifs à court, à moyen et à long terme et définir les responsabilités et les échéances, tout en dotant le système de mesures incitatives.

On a abordé la question de l'abordabilité, à savoir quelle est la capacité de payer des pouvoirs publics et qui en prendra la décision. L'avis de la population sera important dans la prise de cette décision.

Il sera nécessaire de définir des services de base* et des services exhaustifs** en mettant au point un processus permettant de faire cette distinction {basé sur des *données objectives; devra comprendre des projets pilotes; transparence; abordabilité; **responsabilité}.

MESURES PROPOSÉES : VISION, OBJECTIFS, POLITIQUE ET MESURE À L'ÉCHELLE NATIONALE

MESURES/STRATÉGIES PROPOSÉES	PARTICIPANTS
<ul style="list-style-type: none"> • Mener une consultation élargie afin d'élaborer une vision nationale du système de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gouvernements fédéral et provinciaux. • Consommateurs. • Fournisseurs de services en soins de santé. • Experts en santé et en systèmes d'information. • Organisations clés à l'échelle nationale.
<ul style="list-style-type: none"> • Créer un ensemble d'indicateurs de performance nationaux pour aider à mettre la vision en application. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gouvernements fédéral et provinciaux. • Fournisseurs de services en soins de santé.
<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser le public et donner aux patients la capacité de participer aux indicateurs de performance. • Mener des études pilotes et d'évaluation. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un processus d'accréditation pour le système de santé qui se présente sous forme d'indicateurs accessibles pour le public. 	

GROUPE 4 : Accès

Le groupe a défini l'accès comme étant la facilité avec laquelle les clients ou la collectivité peuvent obtenir les services demandés ou désirés dans le contexte le plus favorable et dans un délai raisonnable. Il faut noter que le sens du terme *facilité* est susceptible de varier selon les personnes et les groupes concernés, qu'il existe des programmes qui restreignent l'accès et qu'il est important d'effectuer une évaluation des besoins au sein des divers groupes de population. On a fait valoir que pour certains clients, l'accès n'est pas toujours facile; l'accès peut donc constituer un problème. Il doit par ailleurs exister un équilibre entre les services demandés et les services nécessaires.

Pour mieux cerner la notion d'accès, on a tenté de répondre aux questions suivantes : qui a besoin d'avoir accès aux soins de santé, l'accès à quoi, pourquoi, comment et quand. Les réponses à ces questions directrices apparaissent ci-dessous.

Qui : Tous les secteurs de la population : diversité géographique, personnes défavorisées/handicapées (personnes vivant sous le seuil de la pauvreté), personnes bien portantes, divers groupes ethno-culturels, groupes incluant plusieurs générations.

Quoi : Il s'agit d'un système (tous les secteurs et les intervenants clés) composé des éléments suivants :

- les services hospitaliers et médicaux;
- les services dans la collectivité (p. ex. santé publique, services communautaires);
- les services non assurés;
- d'autres services concernant le bien-être.

Pourquoi : Parce que cela est prévu par la Loi canadienne sur la santé; parce que cela constitue une exigence éthique et morale; parce que cela est équitable; pour offrir le choix; pour prévenir la maladie et les blessures; par conséquent, cela est rentable. L'accès est important :

- pour le maintien de la santé;
- pour le rétablissement de la santé.

Comment : Divers cadres et types de services (p. ex. soins de santé primaires, soins en établissement, soins de médecines douces, système de santé communautaire).

Quand : Lorsque cela est nécessaire; l'interprétation médicale des besoins des patients n'est souvent pas précise et ne devrait pas constituer le seul critère d'évaluation (p. ex. cas de la santé mentale); rapidité de l'identification et de l'intervention; prévention et promotion (avant que la maladie ou les blessures ne surviennent); facilité d'accès.

Les membres du groupe s'entendent pour dire que le terme d'accès fait référence à la facilité de bénéficier du service approprié dans un délai optimal, mais PAS sur demande ni à n'importe quel coût.

CE QUE L'ACCÈS VEUT DIRE ET CE QU'IL NE VEUT PAS DIRE

Ne veut pas dire	Veut dire
<ul style="list-style-type: none"> • À n'importe quel coût. • Sur demande. • Avantageux pour une partie de la population. • Limité par des considérations législatives. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilité d'accès aux services appropriés et à temps. • Services non offerts à ceux qui n'en ont pas besoin. • Assorti d'un éventail d'options permettant au demandeur d'avoir le choix. • Capacité de reconnaître le rôle de tous les secteurs du système. • Pratique.

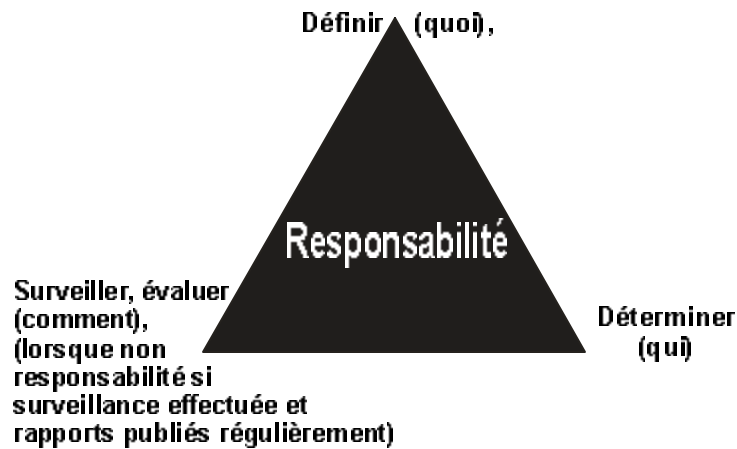
MESURES PROPOSÉES : ACCÈS

MESURES/STRATÉGIES PROPOSÉES	PARTICIPANTS
<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un plan de ressources humaines pour fournir des services de santé appropriés (c.-à-d. services disponibles dans un délai raisonnable). 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificateurs, décideurs, bailleurs de fonds, fournisseurs de soins de santé.
<ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'accès physique des établissements aux personnes handicapées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificateurs, décideurs, bailleurs de fonds, fournisseurs de soins de santé.
<ul style="list-style-type: none"> • Éliminer les barrières d'attitude (de la part des fournisseurs) par rapport aux personnes handicapées et à d'autres groupes défavorisés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournisseurs, professionnels de la santé, éducateurs.
<ul style="list-style-type: none"> • Décourager l'accès lorsque celui-ci n'est pas nécessaire en sensibilisant le public sur l'utilisation des services et l'importance de la prévention. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificateurs, professionnels de la santé, décideurs.
<ul style="list-style-type: none"> • Rendre le système culturellement accessible (c.-à-d. réduire les barrières linguistiques). 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificateurs, décideurs, groupes ethno-culturels.

GROUPE 5 : Définition des droits et des responsabilités

Les membres du groupe ont remarqué qu'il est important de bien définir qui est responsable de quoi à l'intérieur du système de la santé. Les fournisseurs, les patients, les collectivités et les gouvernements ont chacun leurs responsabilités propres. Le groupe croit que certains patients tirent profit des failles du système actuel, au sein duquel les responsabilités de chacun ne sont pas toujours clairement définies et les divers services et fournisseurs ne sont pas suffisamment bien intégrés. On croit qu'il faudra changer la philosophie actuelle du système de santé afin que la responsabilité ne soit plus axée sur les praticiens, mais sur les clients. La complexité actuelle du système fait en sorte que les responsabilités sont diluées. C'est pourquoi il faudra assurer une surveillance du système et publier régulièrement des rapports sur l'état du système dans un langage accessible à tous. La figure 2 ci-dessous illustre les trois principaux aspects d'un système de responsabilité axé sur le client.

Figure 2



MESURES PROPOSÉES : DÉFINITION DES DROITS ET DES RESPONSABILITÉS

MESURES/STRATÉGIES PROPOSÉES	PARTICIPANTS
<ul style="list-style-type: none"> • Créer une fiche de rendement nationale qui puisse s'appliquer aux niveaux régional, provincial et national. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les ressources et l'information existante au niveau provincial ou créer un organisme à un autre niveau.
<ul style="list-style-type: none"> • Nommer un vérificateur indépendant (indépendant du gouvernement) qui assure un leadership dans le développement des critères sur lesquels se fonderait un ensemble d'indicateurs pour la surveillance du système de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nommé par des autorités législatives fédérales et provinciales.
<ul style="list-style-type: none"> • Créer un ensemble d'indicateurs servant à la surveillance du système de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Création des indicateurs par un groupe d'experts, puis validation par le public dans le cadre d'un processus de consultation.
<ul style="list-style-type: none"> • Informer le public sur les indicateurs. • Faire une évaluation régulière du système de santé et s'assurer que les changements soient faits sur la base des conclusions de l'évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les paliers de gouvernement et organisations non gouvernementales existantes participant à l'évaluation.

Ensemble vers les prochaines étapes

À la suite des présentations faites par chacun des petits groupes, on a tenu une séance plénière au cours de laquelle les participants ont été invités à identifier les mesures coopératives qui pourraient être entreprises dans la prochaine année afin de faire avancer le dossier. La liste ci-dessous fait état des mesures collectives proposées par le groupe, avec leurs responsabilités et leur échéancier respectif.

Mesure	Responsabilité	Échéancier
<ul style="list-style-type: none"> Rechercher les modèles (p. ex. processus de consultation et évaluations participatives) qui sont efficaces dans un contexte d'intervenants multiples (modèles déjà évalués, de préférence). <i>Le résultat doit être pratique plutôt que théorique.</i> 	Financement par les gouvernements fédéral et provinciaux, mais faire un appel élargi.	D'ici les 12 prochains mois, c.-à-d. d'ici le 30 juin 1999.
<ul style="list-style-type: none"> Élargir le mandat de l'ICIS pour y inclure un institut ou réseau national de santé de la population incorporant la capacité de Statistique Canada, des centres provinciaux de recherche sur la santé (p. ex. ICES) qui sont autonomes par rapport au gouvernement. 	Autorité gouvernante, avec financement par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.	D'ici les 12 prochains mois.
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer un processus d'accord sur des normes nationales en matière d'architecture des données (caractéristiques du matériel et du logiciel informatiques). 	Gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et fournisseurs de données (hôpitaux, associations professionnelles nationales en santé, firmes de matériel et de logiciels informatiques).	D'ici les 12 prochains mois.

Mesure	Responsabilité	Échéancier
<ul style="list-style-type: none"> Examiner s'il existe une demande pour les fiches de rendement (c.-à-d. d'où les demandes proviennent et si elles seront nécessaires à l'avenir. Créer un groupe de réflexion qui décide de la pertinence des fiches de rendement, des modalités d'application et des éléments à y inclure). 	CCASS, Santé Canada.	D'ici les 12 prochains mois.
<ul style="list-style-type: none"> Prendre appui sur les données existantes concernant les attentes des Canadiens et les valeurs d'un système de santé public (p. ex. ce que le système devrait inclure et de quoi il devrait être responsable). <i>Le processus devra être transparent et objectif.</i> 	Financé par le gouvernement, mais relevant d'un Conseil objectif.	D'ici les 12 prochains mois.
<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des processus pour : <ul style="list-style-type: none"> i) Fixer des objectifs nationaux en matière de santé ii) Édicter des normes nationales pour les soins de santé iii) Évaluer les temps d'attente dans les programmes clés* (services d'urgences et de soins à long terme) <p>* points stratégiques du système; pas tous.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Santé Canada avec une participation élargie. Santé Canada de concert avec les provinces. Gouvernements provinciaux; Santé Canada assumera la coordination et les régions, les cliniciens et les groupes de consommateurs y contribueront. 	<p>À terminer d'ici juin 1999.</p> <p>Processus en place dans les 12 prochains mois.</p> <p>Processus en place dans les 12 prochains mois.</p>

Mesure	Responsabilité	Échéancier
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer des stratégies pour le partage de l'information (ce que nous savons) parmi les intervenants des soins de santé au Canada. 	Tous les groupes ayant participé à l'atelier d'aujourd'hui.	D'ici les 12 prochains mois.
<ul style="list-style-type: none"> Chercher de nouvelles modalités de partage de l'information pour faire en sorte que tout le monde soit sur la même longueur d'onde (p. ex. projets de synthèse sur la recherche effectués à la demande de Santé Canada) avec les consommateurs, les fournisseurs, les agences de collecte de données, les gouvernements (p. ex. souligner et mettre en valeur certains éléments d'information importants et existants). 		D'ici les 12 prochains mois.
<ul style="list-style-type: none"> Identifier les brèches dans la prestation de services de soins de santé et l'information de qualité pour : <ul style="list-style-type: none"> ... Les populations rurales/éloignées (se baser sur les travaux à l'échelle régionale sur l'évaluation des besoins en soins de santé; Manitoba); 	Société des médecins en pratique rurale du Canada.	D'ici les 12 prochains mois pour TOUS les éléments ci-dessous.

Mesure	Responsabilité	Échéancier
<ul style="list-style-type: none"> ... Les groupes défavorisés, handicapés; ... Les populations multiculturelles; ... Les populations autochtones. 	<p>Groupes communautaires (p. ex. Centre d'aide et de défense juridique pour les handicapés, Conseil des Canadiens avec Déficiences).</p> <p>Conseil canadien de la santé multiculturelle.</p> <p>Assemblée des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, Assemblée des Premières Nations, organisations des femmes, centres de ressources communautaires.</p>	

Évaluation des ateliers

Les membres du groupe ont été invités à évaluer les ateliers et à donner leurs commentaires au cours d'une séance plénière.

Points favorables	Problèmes	Suggestions pour l'avenir
<ul style="list-style-type: none"> • Occasion de rencontrer des personnes venant d'horizons et d'endroits différents (confirmation et rehaussement de la confiance dans ce domaine). • Analyse des questions. • Niveau d'énergie de l'animateur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de contribution à la compréhension de la complexité et de la profondeur des problèmes. • Difficulté d'assigner des responsabilités pour les différents problèmes soulevés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité d'un autre atelier dans un an pour faire avancer le dossier. • Faire participer l'industrie au débat. • Rehausser la puissance analytique de l'approche pour pouvoir traiter des questions de plus petite envergure plus en profondeur.

Conclusion

Le D^r Peter Vaughan et Barbara Ouellet ont remercié les membres du groupe pour leur participation et ont manifesté leur optimisme à la suite de la rencontre. Ils ont annoncé que le rapport de l'atelier serait distribué aux participants à la fin août ou au début septembre. Pour finir, ils ont encouragé les participants à échanger sur le document avec leurs collègues et ont dit espérer pouvoir poursuivre bientôt la discussion et la collaboration sur un certain nombre d'activités et de suggestions mises de l'avant au cours de cette rencontre.

Annexe A : **Liste des participants**

Mme Margaret Munro

Fédération des instituts féminins du
Canada
18, Catherwood Court
Kanata (Ontario) K2K 2K1
Tél. : (613) 591-5590

Dr Catherine Younger-Lewis

Fédération des femmes médecins du
Canada
283, rue King
Almonte (Ontario) K0A 1A0
Tél. : (613) 256-2738

M. K.P. Aujlay

Directeur exécutif
Conseil canadien de la santé multiculturelle
Chalmer's Lodge Personal Care
1450 West 12th Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique)
V6H 1M9
Tél. : (604) 731-3178

Mme Sandra MacDonald-Rencz

Directrice
Div. des politiques, de la réglementation et
de la recherche
Association des infirmières et infirmiers du
Canada
50 Driveway
Ottawa (Ontario) K2P 1E2
Tél. : (613) 237-2133

Dr Taylor Alexander

Président et Chef de la direction
Association canadienne des soins et services
communautaires
45, rue Rideau, Bureau 701
Ottawa (Ontario) K1N 5W8
Tél. : (613) 241-7510

M. Leroy Fevang

Directeur exécutif
Association des pharmaciens du Canada
1785, promenade Alta Vista
Ottawa (Ontario) K1G 3Y6
Tél. : (613) 523-7877

Mme Elma G. Heidemann

Directrice exécutive
Conseil canadien d'agrément des
établissements de santé
1730, boul. St-Laurent, Bureau 430
Ottawa (Ontario) K1G 5L1
Tél. : (613) 737-3806

Mme Nancy Quattrocchi

Directrice
Administration et Finance
Office canadien de coordination de
l'évaluation des technologies de la du
Canada santé
Évaluation des technologies de la santé
110-955, croissant Green Valley
Ottawa (Ontario) K2C 3V4
Tél. : (613) 226-2553

Mme Marlene Ghattas

Directrice, Soins infirmiers
Association canadienne des soins de santé
3045, route Baseline
Nepean (Ontario) K2H 8P4
Tél. : (613) 721-4700, poste 2915

M. Denis Jeans

a/s de M. Denis Morrice
Président
La Société d'Arthrite
393, avenue University, Bureau 1700
Toronto (Ontario) M5G 1E6
Tél. : (416) 979-7228

Mme Bonnie Pape

Association canadienne pour la santé mentale
2160, rue Yonge
Toronto (Ontario) M4S 2Z3
Tél. : (416) 484-7750

Dr Barbara Whyllie

Directrice
Affaires médicales et contrôle du cancer
Institut national du cancer du Canada
10, rue Alcorn, Bureau 200
Toronto (Ontario) M4V 3B1
Tél. : (416) 961-7223

Mme Kathleen Connors

Vice-Présidente
Congrès du Travail du Canada
2841, promenade Riverside
Ottawa (Ontario) K1V 8X7
Tél. : (613) 521-3400

M. Paul MacDonald

Agent principal de recherche
Health Services Utilization
Research Commission
Box 46, 103 Hospital Drive
Saskatoon (Saskatchewan) S7N 0W8
Tél. : (306) 655-1505

Mme Janet Robertson

Directrice, Affaires publiques
Medical Society of Nova Scotia
5, rue Spectacle Lake
City of Lakes Business Park
Dartmouth (Nouvelle-Écosse) B3B 1X7
Tél. : (902) 468-1866

Mme Mary Jane Hampton

Directrice exécutive
Planification stratégique et développement de politiques
Ministère de la Santé
Immeuble Joseph Howe
1690, rue Hollis, 4^e étage
C.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8
Tél. : (902) 424-3732

Mme Lynn Baker

Conseillère
Standards, Monitoring and Program
Evaluation
Manitoba Health
Room 402A - 800 Portage Avenue
Winnipeg (Manitoba) R3G 0N4
Tél. : (204) 945-3997

Mme Louise Ogilvie

Directrice
Gestion de l'information et normes
Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie, Bureau 200
Ottawa (Ontario) K1N 9N8
Tél. : (613) 241-7860, poste 4014

Dr Catherine Cook

Medical Services Branch
300-391 York Avenue
Winnipeg (Manitoba) R3C 4W1
Tél. : (204) 983-4960

Mme Patricia Hoes

Directrice intérimaire
Direction générale des services médicaux
Direction des programmes de santé des
Premières Nations et des Inuit
20^e étage, Pièce 2093D
Immeuble Jeanne-Mance
Ottawa (Ontario) K1A 1B4
Tél. : (613) 957-8367

Mme Johanne Irwin

Physician Services Consultant
Department of Health and Social Services
16 Garfield Street
Charlottetown (I.-P.-É.) C1A 7N8
Tél. : (902) 368-6736

Mme Barbara Brownlee

Associée de recherche
Conference Board du Canada
255, chemin Smyth
Ottawa (Ontario) K1H 8M7
Tél. : (613) 526-3280

Dr Michelle Gagné

Directrice générale
Association médicale du Québec
660-1000, rue de la Gauchetière ouest
Montréal (Québec) H3B 4W5
Tél. : (514) 866-0660

Mme Elsa Salomon

Responsable
Qualité de l'information
Association médicale du Québec
660 - 1000 rue de la Gauchetière ouest
Montréal (Québec) H3B 4W5
Tél. : (514) 866-0660

Mme Denise Lemire

Fédération nationale des femmes
canadiennes françaises
300-450, rue Rideau
Ottawa (Ontario) K1N 5Z4
Tél. : (613) 241-3500

Dr Tanis Day

Alliance of Five Research Centres on
Violence
Centre for Research on Violence Against
Women and Children
85, David Street
Kitchener (Ontario) N2G 1Y1
Tél. : (519) 744-6231

M. Allan McCulloch

Secrétaire national
La Voix - Le réseau des aîné(e)s
350, rue Sparks, Bureau 1005
Ottawa (Ontario) K1R 7S8
Tél. : (613) 238-7624

M. William Tholl

Directeur exécutif
Fondation des maladies du coeur du Canada
222, rue Queen, Bureau 1402
Ottawa (Ontario) K1P 5V9
Tél. : (613) 241-4361

Mme Dianne Steele

Association canadienne du diabète
15, rue Toronto, Bureau 800
Toronto (Ontario) M5C 2E3
Tél. : (416) 363-0177, poste 551

Mme Patty Bregman

Avocate et conseillère en santé
Conseil des Canadiens avec Déficiences
a/s de CADJH
40, boul. Orchardview, Bureau 255
Toronto (Ontario) M4R 1B9
Tél. : (416) 482-8255

M. Joseph Diamond

Gestionnaire intérimaire
Division des systèmes de santé
Direction générale de la promotion et des
programmes de la santé
Santé Canada
Pièce 1700A, Imm. Jeanne-Mance
Repère postal 1917D
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 1B4
Tél. : (613) 954-8640

Dr Victor Dirnfeld

Président
Association médicale canadienne
1867, promenade Alta Vista
Ottawa (Ontario) K1G 3Y6
Tél. : (613) 731-8610

Mme Barbara Ouellet

Directrice
Groupe pour la qualité en soins de santé
Direction de l'information et de la politique
de la santé
Direction générale des politiques et de la
consultation
Santé Canada
Pièce 1434B, Imm. Brooke Claxton
Repère postal 0914B
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : (613) 954-1930

Mme Pauline Chartrand

Conseillère principale en politique
Développement des soins à domicile
Santé Canada
Pièce 1364D, Imm. Brooke Claxton
P.L. 0904A
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : (613) 941-9854

M. Stephen Chase

Department of Health and Community
Services
Coordinator, Federal Provincial Relations
Planning and Evaluation Division
520 King Street, 7th floor
Box 5100
Fredericton (N.-B.) E3B 5G8
Tél. : (506) 444-4050

Dr Peter Vaughan

Directeur
Direction des Affaires professionnelles
Association médicale canadienne
1867, promenade Alta Vista
Ottawa (Ontario) K1G 3Y6
Tél. : (613) 731-8610

Animateurs des petits groupes :

Glen Brimacombe, CMA
Jan Kirchner, InPro Consulting
Paul Genest, Santé Canada
Su Soloway, CMA
Jocelyne Lavergne-Robenhymmer, Santé
Canada

Mme Susan Beardall

Gestionnaire principale de projet
Direction de la recherche
Association médicale canadienne
1867, promenade Alta Vista
Ottawa (Ontario) K1G 3Y6
Tél. : (613) 731-8610

Mme Pamela Thompson

Présidente
InPro Consulting Inc.
53, rue Vaan
Nepean (Ontario) K2G 0C4
Tél. : (613) 224-3625

Secrétaires rapporteurs :

John Feeley, CMA
Millicent Toombs, CMA
Sheri Newton, CMA
Janet Mann, Santé Canada
Louise Bouchard, Santé Canada

Annexe B

Ordre du jour – 22 juin 1998, Château Laurier

8h30 - 9h	Café et muffins
9h - 9h15	Mot de bienvenue et présentation des activités (Barbara Ouellet, Directrice, Systèmes de la santé, Santé Canada et le Dr Peter Vaughan, Directeur, Affaires professionnelles, Association médicale canadienne) Présentation de l'animateur Objectifs et programme des activités (Pam Thompson, Présidente, InPro Consulting Inc.)
9h15 - 10h	Vision d'un système de santé de qualité : <i>ce que doit inclure un système de santé de qualité, d'après la documentation déjà remise</i>
10h00 - 10h15	PAUSE
10h15 - 11h30	Analyse des problèmes : Quels sont les principaux problèmes et questions liés à l'avancement vers un système de santé de qualité (séance dirigée de remue-méninges suivie d'une réflexion sur les thèmes et l'établissement de leurs priorités)
11h30 - 12h30	Ateliers en petits groupes (5 groupes préformés représentatifs des divers secteurs, chacun avec un animateur et un rapporteur)
12h30 - 1h30	DÉJEUNER (ensemble)
1h30 - 2h45	Ateliers en petits groupes (suite)
2h45 - 3h15	Séance plénière : Résultats des ateliers en petits groupes (<i>5" par groupe; introduction par Pam Thompson</i>)
3h15 - 3h30	PAUSE
3h30 - 4h05	Ensemble vers les prochaines étapes (<i>Animatrice : Pam</i>)
4h05 - 4h15	Conclusion (Barbara Ouellet et le Dr Peter Vaughan)
4h15 - 4h30	Évaluation des ateliers (<i>avec animation</i>)

Annexe C

Vision d'un système de santé de qualité

Caractéristiques d'un système de santé de qualité :

- Chaque Canadien doit avoir un accès équitable et rapide au système de santé, sans égard à son endroit de résidence (milieu urbain ou rural, etc.).
- Une vision directrice globale de la santé fondée sur les déterminants de la santé.
- Un équilibre et une intégration des services curateurs, préventifs et sociaux.
- Un financement adéquat.
- Des normes.
- Une définition claire des responsabilités.
- Démocratie et représentativité (participation de tous, y compris des groupes de travailleurs et de citoyens).
- Les consommateurs doivent être satisfaits des services reçus.
- La prise de décision dans la prestation des services doit se fonder sur des données concrètes et objectives.
- Élimination des barrières qui empêchent l'accès des personnes handicapées ou défavorisées aux services.
- Utilisation de critères de mesure de la qualité qui reflètent les valeurs des personnes et leur qualité de vie, et non l'interprétation de celles-ci par un tiers.
- Réceptivité : le système doit répondre aux besoins des personnes qui l'utilisent ainsi qu'aux changements de l'environnement.
- Compétence : il faut adopter la meilleure voie à suivre pour remplir la mission du système (du point de vue du fournisseur, il faut favoriser la participation du public aux soins; il faut aussi faciliter la prise de décision par les décideurs).
- Orientation selon trois aspects fondamentaux : les **PERSONNES** (professionnels bien formés, fortement motivés), les **LOCAUX** (établissements, domiciles et lieux de travail bien équipés et bien gérés) et le **MATÉRIEL** (technologie de pointe, y compris les technologies de l'information).
- Choix stimulant (de **fournisseurs** tels que les médecins, les infirmières, les sages-femmes) et de fournisseurs auxiliaires de **locaux** et de **bâtiments** (cliniques de santé communautaires, cabinets privés, etc.).
- Rentabilité.

- Dépolitisation (réceptivité aux besoins du public, et non aux intérêts des politiciens; aussi, dépolitisation de la relation entre les fournisseurs et les agences de soins de santé).
- Sensibilité et compassion.
- Un système qui : possède un cadre qui en fait l'originalité; possède la capacité de s'intégrer et de se réguler; est constitué de plusieurs groupes d'intérêt; ces groupes d'intérêt ont un ou plusieurs objectifs communs.
- Soutien et encouragement des pratiques parallèles de soins de santé en vertu des principes selon lesquels (1) les causes de la maladie sont souvent de nature à la fois psycho-spirituelle et physique et (2) les consommateurs qui décident de faire appel à des pratiques parallèles adoptant une stratégie préventive (p. ex. chiropractie) entraînent une économie d'argent à long terme.
- Reconnaissance de l'existence de douzaines de méthodes de soins parallèles et leur inclusion.
- Une définition claire et acceptable de la santé (p.ex. définition de l'OMS).
- Soins de santé, non pas seulement soins de la maladie.
- Orientation résultats; capacité d'auto-surveillance et de mesure de la performance.
- Pour la surveillance, utilisation de données valides et cliniquement pertinentes, pas seulement basées sur des données administratives.
- Processus d'amélioration continue de la qualité et adoption de mesures incitatives à cette fin au sein du système.
- Dispositifs adéquats pour la protection de la vie privée et de la confidentialité de l'information de santé.
- Financement fédéral adéquat pour assurer l'adhésion des provinces aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.
- Passer d'un système d'assurance à un système d'investissement (c.-à-d. passer d'une philosophie d'assurance contre les coûts catastrophiques associés à la maladie à une philosophie qui investit dans la santé, ce qui implique aussi de faire des choix différents).
- Liens entre les résultats, la pertinence clinique et l'accès (pour améliorer l'accès aux choses qui sont les plus importantes, sur la base de la pertinence).
- Le système doit comprendre des mécanismes incorporés d'évaluation et d'amélioration de son efficacité et de son efficacité.
- Le système doit être basé sur les besoins, et non sur les désirs.
- Il ne faut pas perdre de vue qu'il existe un Canada rural.
- Il faut respecter et reconnaître la médecine parallèle/douce (reconnaître la mosaïque culturelle de la population canadienne).

- Les professionnels doivent avoir été formés pour savoir prévenir et traiter les problèmes médicaux courants et promouvoir la santé selon les pratiques médicales courantes, dans toutes les régions du pays.
- Application équitable de tous les principes de la *Loi canadienne sur la santé*, en accord avec toutes ses dispositions.
- Il faut intégrer au système un mécanisme de résolution des différends.
- Médecine douce fondée sur des données objectives.
- Innocuité, efficacité et standardisation des remèdes de la médecine douce.
- Déterminants de la santé (p. ex. travail pour tous; logement; déterminants sociaux).
- Bonne information, disponible en temps réel et transparente (c.-à-d. disponible à tous).
- Patients informés (éducation et information) capables de choisir les bons fournisseurs.
- Processus de prise de décision transparent.
- Évaluation régulière des besoins changeants de la population.
- Toujours mettre au premier plan l'intérêt du patient.

Annexe D

Questions et problèmes à résoudre dans la progression vers un système de santé de qualité

- Comment faire pour fixer les objectifs (de santé) pour le Canada (le Canada est un des rares pays qui ne s'en est pas encore doté).
- Comment faire pour bâtir un système de mesure et d'évaluation de la progression vers les objectifs de santé.
- Il devrait exister une vision commune du système de la santé au Canada et que les différents intervenants travaillent de concert en vue d'atteindre ces objectifs.
- Il faudrait que le gouvernement fédéral s'affirme davantage en assurant le leadership en matière de développement d'une politique nationale de la santé et de normes nationales en soins de santé.
- Il faudrait regagner la confiance de la population dans le système de soins de santé.
- Comment faire pour informer la population et communiquer avec elle pour rétablir ce lien de confiance.
- Comment faire pour définir quelles sont exactement nos attentes par rapport au système (promotion de la santé, soins des malades, etc.).
- Comment faire pour trouver un équilibre entre nos besoins et notre capacité de payer.
- Il faudrait que le système de santé saisisse l'importance de collaborer avec d'autres secteurs pour améliorer la santé.
- Comment faire pour assurer une collaboration intersectorielle efficace.
- Comment faire pour valider et légitimer les connaissances et l'expertise du consommateur.
- Il faudrait que tous aient un accès égal à un système élargi de services.
- Comment faire pour créer un système d'évaluation qui soit vraiment universel et traite toutes les personnes sur un pied d'égalité (p. ex. handicapés et autres groupes défavorisés).
- Comment faire pour permettre aux organisations de fournisseurs de participer aux activités d'évaluation (c.-à-d. comprendre la notion de qualité et se doter de ressources leur permettant de participer utilement aux activités).
- Comment faire pour sensibiliser la profession médicale aux méthodes de guérison parallèles.

- Comment faire pour financer la recherche sur les pratiques de médecine parallèle.
- Comment faire pour favoriser la référence croisée des patients entre les médecins et les praticiens des médecines parallèles.
- Il faudrait que la violence soit reconnue comme un problème de santé.
- Il faudrait empêcher que les intérêts matériels des sociétés commerciales n'empiètent sur la définition de la réalité des soins de santé.
- Il faudrait que le système reste financé par l'État et de plus en plus accessible au public.
- Il faudrait que les ministères provinciaux ne portent pas atteinte à l'autorité absolue de la *Loi canadienne sur la santé*.
- Il faudrait que le gouvernement fédéral rétablisse le financement aux transferts fédéraux qui ont été abolis.
- Il faudrait que le système de soins de santé élimine les contraintes de la budgétisation en silo pour que soit reconnue la rentabilité de divers services qui transcendent un budget spécifique.
- Comment faire pour développer un authentique système d'information de santé intégrée.
- Il faudrait créer un processus coordonné de diffusion de données et d'information fiables et valides pour favoriser l'amélioration de la santé et sa prise en charge par la population.
- Il faudrait faire en sorte que les professionnels de la santé, le personnel soignant, les défenseurs des patients et les patients aient accès aux outils d'aide à la décision fondés sur les données objectives (p. ex. lignes directrices cliniques et information sur la santé).
- Il faudrait doter le système d'un processus équitable, logique et efficace d'évaluation de la formation et des qualifications des professionnels de la santé formés à l'étranger.
- Il faudrait que les intervenants arrêtent de tenir pour acquis qu'il existe un lien direct et constant entre le financement et la qualité.
- Il faudrait comprendre pourquoi les données ne se traduisent pas toujours en pratique.
- Il faudrait une meilleure coordination entre les services aussi bien à l'intérieur de chacune des différentes composantes du système de soins de santé qu'entre ces composantes (p. ex. entre les hôpitaux et les autres centres de soins).
- Il faudrait que le système de soins de santé soit davantage centré sur le consommateur plutôt que sur les fournisseurs.
- Il faudrait adopter une approche plus proactive que réactive à l'intérieur du système de soins de santé (p. ex. mettre sur pied davantage de programmes préventifs et de dépistage).

- Il faudrait que la relation entre les professionnels des soins de santé et les sociétés pharmaceutiques soit régie par un code d'éthique auquel tout le monde se conforme.
- Il faudrait accorder une plus large part à la participation des consommateurs au processus d'assurance de la qualité plutôt que de le faire uniquement reposer sur les litiges ou les plaintes.
- Il faudrait établir une définition claire de l'assurance-santé sur le plan du système de santé, de son processus et des résultats.
- Il faudrait mettre par écrit les droits et les attentes des consommateurs par rapport au système de santé et d'assurance-santé.
- Comment faire pour définir une gamme complète de services nécessaires ou de base aux fins du financement public et s'assurer que le processus est adaptable et souple.
- Comment faire pour démarrer un dialogue public qui aille au-delà des groupes d'intérêt particuliers.
- Il faudrait que l'enseignement des professionnels de la santé soit révisé afin d'accorder une plus grande place aux aspects culturels.