

Association médicale canadienne

1867, prom. Alta Vista, Ottawa (Ont.) K1G 3Y6

amc.ca

Date: Le 6 juin 2002

Pour : Le Commissaire Romanow

Rx

Ordonnance pour la viabilité

- Une *Charte canadienne de la santé* appuyée par une Commission canadienne de la santé
- Une véritable participation au processus décisionnel
- Une réforme législative afin de moderniser la *Loi canadienne sur la santé*
- Un plan national d'investissement dans les ressources humaines de la santé et dans la livraison des soins de santé

Au nom de l'Association médicale canadienne
et de ses 53 000 membres.

Signature: 

Répéter

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole de la profession médicale au Canada. Fondée en 1867, l'AMC a pour mandat de servir et d'unir les médecins du Canada et de défendre sur la scène nationale, en collaboration avec la population du Canada, les normes les plus élevées de santé et de soins de santé.

Au nom de ses 53 000 membres et plus, ainsi que de la population canadienne, l'AMC exerce toute une gamme de fonctions, notamment favoriser l'élaboration de politiques et de stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents, favoriser l'accès à des soins de qualité, faciliter le changement au sein de la profession médicale et ouvrir la voie et servir de guide aux médecins pour les aider à influencer les changements dans le processus de prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est un organisme sans but lucratif représentant la majorité des médecins du Canada, et regroupant 12 divisions provinciales et territoriales ainsi que 43 organisations médicales affiliées.

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

Table des matières

Remerciements.....	iv
Sommaire	v
1. Introduction	1
2. Vision.....	2
3. Trois piliers de la viabilité.....	4
3.1 Charte canadienne de la santé	4
3.2 Commission canadienne de la santé	7
3.3 Renouvellement du cadre législatif fédéral.....	9
4. Contribution et responsabilité significatives des intervenants.....	13
5. Définition du système public de soins de santé.....	14
5.1 Services de base.....	14
5.2 Garantie de soin et «soupape de sûreté».....	18
5.3 Santé publique.....	20
5.4 Santé des Autochtones.....	22
6. Investir dans le système de soins de santé.....	24
6.1 Ressources humaines de la santé.....	24
6.2 Infrastructure immobilisée.....	29
6.3 Capacité de pointe.....	31
6.4 Technologie de l'information.....	32
6.5 Recherche et innovation.....	33
7. Financement du système de santé.....	35
8. Organisation et prestation des services.....	37
8.1 Le continuum des soins médicaux.....	37
8.2 Rémunération des médecins.....	41
8.3 Les soins de santé en milieu rural.....	42
8.4 Rôles émergents et de soutien dans la prestation des soins de santé	44
Conclusions.....	47

Remerciements

L'AMC félicite la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada des efforts qu'elle a déployés pour atteindre les personnes et les organisations qui s'intéressent de manière vitale et matérielle à l'avenir de notre système de soins de santé et pour les entendre.

L'AMC reconnaît les efforts des médecins et des membres du personnel qui ont siégé au Groupe de travail sur la viabilité et au Groupe de rédaction.

Le Groupe de travail sur la viabilité comprend les personnes suivantes : D^r Peter Barrett, président; D^{rs} Bruce Beaton, Eugene Bereza, David Butcher, Garth Campbell, Rody Canning, Ken Chow, Michael Cohen, Brian Colquhoun, Marshall Dahl, Nady el-Guebaly, Arun Garg, Rose-Anne Goodine, Lydia Hatcher, Susan Hutchison, Jawahar Kalra, John Ludwig, Edwin Pineau, Donald Pugsley, Hugh Scully, André Senikas et Wendy Tink; et M. George Zogopoulos.

Les membres du Groupe de rédaction sont les suivants : D^r Arun Garg, président; MM. Owen Adams, David Balmain (correspondant) et Michael Gormley, M^{mes} Eve Elman et Kelly Higdon, MM. Ronald Kustra et Marcel Saulnier, D^r Briane Scharfstein, MM. William Tholl, Darrell Thomson, Bob Van Dine et Darrel Weinkauf.

L'AMC remercie aussi de leurs efforts ses divisions et les sociétés affiliées qui ont à la fois aidé à préparer les mémoires détaillés présentés à la Commission et présenté des exposés au cours des audiences publiques.

Sommaire

L'assurance-maladie est sortie des années 90 affaiblie, mais non abattue, en grande partie grâce aux efforts infatigables des professionnels de la santé qui, par leur engagement, ont toujours visé d'abord et avant tout à protéger leurs patients. Ils ne peuvent toutefois maintenir leur effort à ce niveau. Les prestataires de soins de santé du Canada et les établissements où ils œuvrent sont à la limite de leurs possibilités.

Au cours de la dernière décennie, d'innombrables études ont essayé de déterminer ce qui ne va pas avec le système de santé du Canada. Il ne s'est toutefois pas fait grand-chose pour régler les problèmes cernés dans les rapports parce que très peu d'entre eux présentaient un plan directeur et des recommandations concrètes sur la façon d'instaurer des changements. Les gouvernements ont en outre pris beaucoup de décisions sur le système de santé sans que les professionnels de la santé y contribuent réellement. Comme nous l'avons indiqué dans notre premier mémoire, il est clair qu'une stratégie de «gestion du changement» fondée sur la collaboration et sur la participation dès le début, continue et significative de tous les intervenants clés s'impose.

Avant d'envisager des façons de régler les problèmes du système de santé, il est toutefois essentiel d'établir une vision commune de ce système. Les efforts déployés à cette fin ne manquent pas, mais ceux qui ont inclus les prestataires de soins de santé ou le public sont toutefois peu nombreux. L'AMC a établi sa propre vision d'un système de santé viable, sur laquelle reposent les recommandations que nous avons présentées dans ce mémoire.

Afin d'assurer la viabilité future de notre système de santé au Canada, des réformes structurelles et procédurales à long terme s'imposent. L'AMC propose cinq recommandations pour mettre en œuvre les trois «piliers intégrés de la viabilité» qui, globalement, rendront le système plus imputable et transparent. Ces piliers serviraient aussi d'assise à partir de laquelle on pourrait s'attaquer aux nombreux problèmes à court et à moyen terme que l'assurance-maladie connaît aujourd'hui et connaîtra demain. Nous présentons à cette fin 25 recommandations comportant des moyens précis de régler ces problèmes critiques.

Les trois «piliers» sont : une Charte canadienne de la santé, une Commission canadienne de la santé et un renouvellement du cadre législatif fédéral.

Une Charte canadienne de la santé mettrait en évidence l'engagement commun que les gouvernements ont pris d'assurer que les Canadiens auront accès à des soins de santé de qualité dans un délai acceptable. Elle présenterait en outre clairement une politique nationale de santé qui définirait notre compréhension collective de l'assurance-maladie, ainsi que les obligations et les droits mutuels des Canadiens, des prestataires de soins de santé et des gouvernements. Une telle charte garantirait que l'on suivra une stratégie rationnelle, factuelle et fondée sur la collaboration pour gérer et moderniser le système de santé du Canada.

Parallèlement à la Charte canadienne de la santé, une Commission canadienne de la santé permanente et indépendante serait chargée de promouvoir l'imputabilité et la transparence dans le système. Elle devrait surveiller l'observation des dispositions de la Charte et les progrès réalisés en la matière, présenter à la population canadienne un compte rendu du rendement du système de santé et conseiller régulièrement la Conférence des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux au sujet d'enjeux nationaux clés des soins de santé.

Reconnaissant les obligations fédérales et provinciales-territoriales communes à l'égard du système de santé, la Charte canadienne de la santé viserait notamment à renforcer le caractère national du système de

santé. On s'attendrait à ce que le gouvernement fédéral prenne des engagements importants à de nombreux égards, y compris une révision de la Loi canadienne sur la santé, des modifications des transferts fédéraux aux provinces et aux territoires, ainsi qu'une révision de la législation fiscale fédérale.

Même si ces trois «piliers» viseront à résoudre les problèmes structuraux et procéduraux plus généraux auxquels fait face le système de santé du Canada, beaucoup d'autres changements s'imposent pour répondre aux besoins particuliers du système, à court et à moyen terme. L'AMC a présenté des recommandations précises dans les domaines clés suivants :

- ?? contribution et imputabilité significatives des intervenants;
- ?? définition du système de santé public (p. ex., services de base, «soupape de sûreté», santé publique, santé des Autochtones);
- ?? investissement dans le système de santé (p. ex., ressources humaines, infrastructure immobilisée, capacité de pointe, technologie de l'information et recherche et innovation);
- ?? financement du système de santé;
- ?? organisation et prestation des services (p. ex., prise en considération du continuum complet des soins, rémunération des médecins, santé en milieu rural, secteur privé, secteur bénévole et aidants naturels).

Voici un résumé des recommandations clés présentées dans *Ordonnance pour la viabilité*. Même si nous avons cherché à présenter les recommandations d'une manière aussi descriptive que possible, nous encourageons les lecteurs à consulter la partie correspondante de ce document, le cas échéant, pour y trouver d'autres détails. Les cinq premières recommandations portent spécifiquement sur les trois piliers. Les autres portent sur les besoins plus précis et immédiats du système de santé.

Recommandation 1

Que les gouvernements du Canada adoptent une Charte canadienne de la santé qui :

- ?? réaffirme le contrat social que constitue l'assurance-maladie;
- ?? reconnaît les rôles continus des gouvernements dans la coordination globale et la planification des services de santé;
- ?? établit les droits à l'accessibilité et à la transférabilité des résidents du Canada et leurs responsabilités à cet égard;
- ?? établit les droits et les responsabilités des gouvernements, des prestataires et des patients au Canada;
- ?? prévoit la création d'une «Commission canadienne de la santé».

Recommandation 2

Que l'on établisse une Commission canadienne de la santé permanente et indépendante des gouvernements. Le mandat de la Commission consisterait notamment à :

- ?? surveiller l'observation de la Charte canadienne de la santé;
- ?? présenter aux Canadiens un rapport annuel sur le rendement du système de santé et l'état de santé de la population;
- ?? conseiller la Conférence des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé au sujet de grandes questions critiques.

Recommandation 3

Que le gouvernement fédéral entreprenne une étude de la *Loi canadienne sur la santé* afin de la modifier pour :

- ?? y enchâsser la Charte canadienne de la santé;
- ?? prévoir la création de la Commission canadienne de la santé;
- ?? permettre une définition plus générale des services de base et de certains frais de services à certaines conditions.

Recommandation 4

- a) Que la contribution du gouvernement fédéral au système de soins de santé financé par le Trésor :
- ?? soit harmonisée avec la revue quinquennale du programme fédéral de péréquation;
 - ?? soit bloquée pendant cinq ans et indexée en fonction d'une moyenne mobile triennale du PIB par habitant;
 - ?? augmente pour atteindre un objectif fixé à 50 % des dépenses de santé par habitant que les provinces/territoires consacrent aux services de base;
 - ?? prévoie que l'on réservera en théorie des fonds pour la santé.
- b) Que le gouvernement fédéral crée des fonds ponctuels spéciaux totalisant 2,5 milliards de dollars en cinq ans (ou qu'il s'appuie sur les fonds existants) pour s'attaquer aux enjeux pressants dans les domaines suivants :
- ?? planification des ressources humaines de la santé;
 - ?? infrastructure immobilisée;
 - ?? technologie de l'information;
 - ?? fonds d'accessibilité.

Recommandation 5

Que le Parlement établisse un groupe d'experts qui collaborera avec la Commission canadienne de la santé à l'examen des dispositions en vigueur de la législation fiscale fédérale dans le but de trouver des moyens d'améliorer l'appui accordé aux objectifs des politiques de santé par la politique fiscale.

Recommandation 6

Que les gouvernements et les administrations régionales de la santé lancent des efforts importants pour amener les médecins actifs à participer et à contribuer à tous les niveaux de la prise de décisions dans le domaine des soins de santé ou améliorent ceux déjà déployés.

Recommandation 7

Que tous les Canadiens bénéficient d'un panier de services de base à des conditions uniformes.

Recommandation 8

- a) Que l'on établisse la composition du panier de services de base et qu'on la mette à jour régulièrement afin de tenir compte des réalités de la prestation des soins de santé et des besoins des Canadiens.
- b) Que la composition des services de base ne soit pas limitée à son champ actuel, soit les services dispensés par les hôpitaux et les médecins, à condition que l'accès aux services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires ne soit pas compromis.

Recommandation 9

- a) Que l'on définisse la composition du panier des services de base et qu'on la mette à jour régulièrement dans le contexte d'un mécanisme fédéral-provincial-territorial légitime aux yeux de la population canadienne – soit les patients, les contribuables et les professionnels de la santé.
- b) Que les valeurs que constituent la transparence, l'imputabilité, le caractère factuel, l'inclusivité et l'équité procédurale caractérisent le mécanisme utilisé pour déterminer la composition du panier des services de base à couvrir par l'assurance-maladie.

Recommandation 10

- a) Que les gouvernements établissent un nouveau cadre de gouvernance du financement d'un panier de services de base afin d'assurer :
 - ?? que les Canadiens ont un accès raisonnable aux services de base à des conditions uniformes, dans l'ensemble des provinces et des territoires;
 - ?? que les gouvernements, les prestataires et les patients sont tenus de rendre compte de l'utilisation des ressources consacrées aux soins de santé;
 - ?? qu'aucun Canadien ne se verra refuser des services de base à cause de sa situation financière personnelle.
- b) Que l'on modifie la législation afin de permettre le partage des coûts pour au moins certains services de base, à des conditions uniformes, dans l'ensemble des provinces et des territoires.
- c) Que lorsqu'on aura défini le panier de services de base, des niveaux minimaux de financement public de ces services s'appliquent de façon uniforme dans l'ensemble des provinces et des territoires et que l'on accorde à chaque gouvernement la marge de manœuvre nécessaire pour porter la part du financement public au-dessus de ces niveaux.

Recommandation 11

- a) Que le système de santé du Canada élabore et applique des normes convenues sur l'accès aux soins en temps opportun et prévoie d'autres choix de soins – une «soupape de sûreté» – au Canada ou ailleurs si le système financé par l'État ne réussit pas à se conformer à ces normes.
- b) Que l'on procède de la façon suivante pour assurer que les gouvernements doivent rendre compte de la prestation en temps opportun de soins de qualité.
 - ?? Les gouvernements doivent d'abord établir, au sujet de la qualité et des périodes d'attente, des lignes directrices et des normes claires fondées sur des données probantes et que les patients, les prestataires et les gouvernements jugent raisonnables. Il faut établir un mécanisme tiers indépendant pour mesurer les périodes d'attente et d'autres dimensions de la qualité des soins de santé et pour en faire rapport.
 - ?? Deuxièmement, les gouvernements doivent établir une politique claire précisant que si le système de santé financé par le secteur public ne réussit pas à se conformer aux normes convenues et prescrites sur l'accès en temps opportun aux services de base, les patients doivent alors avoir accès à d'autres options qui leur permettront d'obtenir les soins requis par d'autres moyens. Le financement public au taux de sa province de résidence suivrait alors le patient. Les patients pourraient acheter de l'assurance par anticipation afin de couvrir tout écart des coûts.

Recommandation 12

- a) Que les gouvernements pratiquent de saines politiques publiques en faisant des répercussions sur la santé la considération première de toute loi, politique ou directive.
- b) Que le gouvernement fédéral prévoie du financement de base pour aider les autorités provinciales et territoriales à améliorer la coordination des efforts de prévention, de détection des problèmes et

d'intervention en matière de santé publique, chez les dirigeants des milieux de la santé publique, les éducateurs, les prestataires de services communautaires, les prestataires de services de santé au travail et les services d'urgence.

- c) Que les gouvernements investissent dans les ressources humaines, l'infrastructure et la formation nécessaires pour établir un système de santé public adéquat et efficace capable de prévenir les problèmes de santé publique, de les repérer et d'y réagir.
- d) Que les gouvernements entreprennent une étude immédiate de l'autosuffisance du Canada sur les plans de la prévention et de la détection des problèmes émergents en santé publique et des interventions visant à les corriger, et qu'il facilite en outre un processus inclusif et continu afin d'établir des priorités nationales en matière de santé publique.

Recommandation 13

Que le gouvernement fédéral adopte une stratégie intégrée afin d'améliorer l'état de santé des peuples autochtones, qui comportera un partenariat entre les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les universités et les communautés autochtones.

Recommandation 14

- a) Que le gouvernement fédéral établisse un Fonds d'éducation et de formation des ressources humaines en santé d'un milliard de dollars et d'une durée de cinq ans pour (1) augmenter davantage l'inscription en formation médicale prédoctorale et postdoctorale (y compris le nombre de postes de réintégration), (2) étendre l'infrastructure (ressources humaines et physiques) des 16 facultés de médecine du Canada afin qu'elles puissent accueillir l'inscription accrue et (3) améliorer les programmes d'éducation médicale continue.
- b) Que le gouvernement fédéral augmente le financement destiné aux établissements de formation postsecondaire afin d'alléger certaines des pressions qui font grimper les frais de scolarité.
- c) Que le gouvernement fédéral améliore les systèmes d'aide financière aux étudiants en médecine afin qu'ils soient (1) non coercitifs, (2) mis sur pied parallèlement à toute augmentation des frais de scolarité ou avant celle-ci, (3) directement proportionnels à l'augmentation des frais de scolarité et (4) fixés à des niveaux qui répondent aux besoins des étudiants.
- d) Que l'on intègre des incitatifs aux programmes d'éducation médicale afin d'assurer que suffisamment d'étudiants choisissent la discipline de la médecine où le besoin est le plus grand.

Recommandation 15

- a) Que les gouvernements et les communautés fassent tous les efforts possibles pour garder les médecins canadiens au Canada, par des méthodes non coercitives, et pour optimiser l'utilisation des ressources humaines actuelles de la santé afin de répondre aux besoins des communautés canadiennes dans le domaine de la santé.
- b) Que le gouvernement fédéral collabore avec d'autres pays pour réglementer et coordonner équitablement la mobilité internationale des ressources humaines de la santé.
- c) Que les gouvernements adoptent un énoncé de principe qui reconnaîtra la valeur des effectifs de la santé dans la prestation de soins de qualité, ainsi que le besoin d'offrir de bonnes conditions de travail, une rémunération concurrentielle et des possibilités de perfectionnement professionnel.

Recommandation 16

- a) Que l'on établisse un organisme national multilatéral où seront représentés les professions de la santé et tous les paliers de gouvernement et qui sera chargé d'élaborer des stratégies intégrées de gestion des ressources humaines de la santé, de fournir des outils de planification à utiliser à l'échelon local et de surveiller continuellement l'offre, la composition et la répartition des effectifs.

- b) Que l'on définisse les champs de pratique de façon à servir les intérêts des patients et de la population en toute sécurité, de façon efficiente et avec compétence.

Recommandation 17

- a) Que les hôpitaux et d'autres établissements de soins de santé dressent un inventaire coordonné de l'infrastructure immobilisée afin de fournir aux gouvernements une évaluation exacte des appareils et du matériel.
- b) Que le gouvernement fédéral établisse un fonds ponctuel de rattrapage pour rétablir l'infrastructure immobilisée à un niveau acceptable. (Voir recommandation 4b.)
- c) Que les gouvernements s'engagent à fournir un financement continu et suffisant pour l'infrastructure immobilisée.
- d) Que l'on explore des partenariats publics-privés (P3) comme autres sources viables de financement des investissements dans l'infrastructure immobilisée.

Recommandation 18

Que le gouvernement fédéral collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et ceux d'autres pays pour assurer qu'on met en place un solide système d'intervention d'urgence disposant d'un financement suffisant afin d'améliorer la capacité de pointe.

Recommandation 19

Que le gouvernement fédéral effectue un investissement national supplémentaire important et soutenu dans la technologie de l'information et les systèmes d'information afin d'améliorer l'état de santé des Canadiens, ainsi que l'efficacité et l'efficacité du système de santé.

Recommandation 20

Que les gouvernements adoptent des normes nationales pour faciliter la collecte, l'utilisation et l'échange d'information électronique sur la santé, tout en veillant à ce que prime la préoccupation de protection de la vie privée et de la confidentialité des renseignements personnels des patients.

Recommandation 21

Que le gouvernement fédéral augmente son investissement dans la recherche en santé pour le porter à au moins 1 % des dépenses nationales de santé.

Recommandation 22

- a) Que l'engagement pris par les gouvernements provinciaux et territoriaux de financer les services de base soit bloqué pendant une première période de cinq ans et indexé en fonction des caractéristiques démographiques de la population de la province et de l'inflation.
- b) Que les gouvernements établissent un fonds de prévoyance réservé à la santé afin d'atténuer les effets des fluctuations du cycle économique et de stabiliser davantage le financement des soins de santé.

Recommandation 23

Que tout effort visant à modifier l'organisation ou la prestation des soins médicaux tienne compte de son impact sur l'ensemble du continuum des soins.

Recommandation 24

- a) Que les gouvernements collaborent avec les associations médicales des provinces et des territoires et d'autres intervenants pour s'appuyer sur les réussites des projets évalués portant sur les soins primaires afin de mettre au point tout un éventail de modèles de soins primaires qui :
 - ?? conviendraient à la gamme complète des contextes géographiques;
 - ?? comporteraient des critères d'implantation de projets pilotes à plus grande échelle, par exemple, l'efficacité des coûts, la qualité des soins et la satisfaction des patients et des prestataires.
- b) Que les médecins de famille demeurent les prestataires et les coordonnateurs centraux de l'accès en temps opportun aux services médicaux financés par l'État afin d'assurer l'intégralité et l'intégration des soins, et que suffisamment de ressources soient disponibles pour le permettre.

Recommandation 25

- a) Que les gouvernements établissent un plan national de coordination de l'accès le plus efficient aux services hautement spécialisés de traitement et de diagnostic.
 - ?? Que ce plan inclue la création de centres d'excellence régionaux définis afin d'optimiser la disponibilité des services de spécialistes rares.
 - ?? Que tout réalignement des services indemnise la relocalisation des prestataires et en tienne compte.
 - ?? Que le gouvernement fédéral crée un Fonds d'accessibilité qui appuierait les centres d'excellence interprovinciaux de services hautement spécialisés.

Recommandation 26

Que les gouvernements respectent les principes contenus dans la politique de l'AMC sur la rémunération des médecins et les modalités des ententes dûment négociées.

Recommandation 27

Que les gouvernements collaborent avec les universités, les collèges, les associations professionnelles et les communautés afin d'élaborer pour le Canada une stratégie nationale sur la santé en milieu rural et éloigné.

Recommandation 28

Que le système de santé du Canada utilise de façon optimale le secteur privé dans la prestation des soins de santé financés par l'État, à condition qu'il se conforme aux mêmes normes de qualité que le système public.

Recommandation 29

Que les gouvernements étudient des façons de reconnaître et d'appuyer le rôle du secteur bénévole dans le financement et la prestation des soins de santé, notamment par de meilleurs crédits d'impôt.

Recommandation 30

Que les gouvernements appuient les contributions des aidants naturels par le régime fiscal

1. Introduction

L'assurance-maladie est sortie des années 90 affaiblie, mais non abattue, en grande partie grâce aux efforts infatigables des professionnels qui, par leur engagement, ont toujours visé d'abord et avant tout à protéger leurs patients. Ils ne peuvent toutefois maintenir leur effort à ce niveau. Les prestataires de soins de santé du Canada et les établissements où ils œuvrent sont taxés à la limite.

Notre système est vraiment rendu à un carrefour. La Commission sur l'avenir des soins de santé a une occasion sans pareille d'édifier le système de soins de santé qui répondra aux besoins et aux attentes de la population canadienne au XXI^e siècle. Pour que le changement soit durable, il faut satisfaire aux éléments fondamentaux de la gestion du changement et à ses principes. Les processus décisionnels doivent devenir plus accessibles, redevables et transparents pour ceux qui sont les plus touchés. La population canadienne en a assez des «blâmes futiles» et les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé assez d'être marginalisés. Ceux dont l'enjeu est le plus grand et ceux qui ont investi le plus dans le système de santé – soit les patients, les médecins et les autres prestataires – ont le moins à dire dans l'évolution du système. Pourquoi? Toutes les parties doivent être présentes à la table. Les professionnels de la santé n'ont pas participé dès le début, de façon continue ou significative aux décisions sur l'avenir de leurs systèmes de santé et de soins de santé. La situation doit changer.

Il y a une condition préalable à l'efficacité du changement : il faut réaffirmer que la santé, c'est plus que les soins de santé. Même si le Canada est le chef de file mondial de la réflexion sur les déterminants globaux de la santé, on ne peut toujours dire la même chose lorsque vient le moment d'agir. Le Canada doit établir un consensus général sur un plan d'action pluriannuel et national dans le domaine de la santé – élaboré en collaboration avec tous les intervenants clés du système et qui comporte des buts, des objectifs et des jalons clairs.

Par ailleurs, la viabilité doit être vue comme la garantie de l'accès par les Canadiens aux services dont ils ont besoin au moment ou dans la mesure où ils en ont besoin. Les Canadiens ne croient plus que le système sera là pour eux et pour leurs enfants. La viabilité porte sur le patrimoine de l'assurance-maladie.

Voilà certains des enjeux et des défis clés sur lesquels l'AMC a insisté dans les mémoires qu'elle a présentés auparavant à la Commission. Dans notre premier rapport intitulé «Poser le bon diagnostic» (novembre 2001; voir Annexe A), nous décrivions en détail les signes et les symptômes d'un système en détresse. Plus tôt cette année, dans notre mémoire provisoire intitulé «Partir du bon pied» (Annexe B), nous avons décrit certains des grands choix qu'il faut faire comme société pour aider à stabiliser le «patient», en l'occurrence l'assurance-maladie, et le transporter vers un avenir viable. Comme élément de cet avenir, nous proposons dans le rapport provisoire une Charte canadienne de la santé qui a attiré beaucoup d'attention.

Dans ce mémoire final que nous présentons à la Commission, nous nous inspirons des travaux précédents et demandons à la Commission de se pencher sur notre *Ordonnance pour la viabilité*. Il importe de signaler que les recommandations que nous présentons à la Commission sont intégrées et c'est pourquoi nous lui demandons de ne pas «choisir les perles et laisser les pierres». Ce document renvoie aussi à des annexes qui seront disponibles dans un volume distinct.

Nous avons fait beaucoup de recherche stratégique sur les changements qui s'imposent pour réaliser des progrès. Le maillon faible a porté sur la «façon de procéder». L'AMC est d'avis que si nous établissons les bonnes structures et les bons processus en matière de comptes à rendre, des résultats positifs sur la santé suivront pour nos patients et pour la viabilité future du système.

2. Vision

Au fil des ans, on a fait plusieurs tentatives pour énoncer une vision nationale de l'assurance-maladie, mais elles se sont toutes révélées inadéquates. Aussi louables ces tentatives puissent-elles être, elles ont toutes la même lacune fatale : l'isolationnisme. Elles ont toutes été élaborées par des gouvernements — fédéral, provinciaux ou territoriaux — dans l'isolement des prestataires des soins de santé et du public. Il est impossible d'imposer par la loi ou de décréter d'en haut la bonne volonté, la collaboration et le partenariat.

En planifiant pour demain, nous avons toujours soutenu qu'il fallait suivre une démarche fondée sur les valeurs et axée sur une vision commune. L'AMC a formulé une vision de l'assurance-maladie sur laquelle reposent nos recommandations qui visent à améliorer la conception et le fonctionnement du système de santé.

Un système de santé viable : la vision de l'AMC

Le système de santé du Canada vise à préserver, à protéger et à améliorer la santé et le bien-être de tous les Canadiens. Ce but sera atteint grâce à l'accès en temps opportun à des services qui non seulement gardent les gens en bonne santé ou leur redonnent la santé, mais améliorent aussi leur qualité de vie et en prolongent la durée. Les soins de santé sont un investissement tant économique que social dont les retombées ont une valeur tant pour la personne que pour la société.

Les soins de santé financés par l'État ont un objectif : permettre un accès en temps opportun à des soins de qualité grâce à un éventail défini de services de base qui, en tant que principal élément constituant du système de santé du Canada dans son ensemble, doivent être dispensés de façon viable. Il faut dresser la liste de ces services de base et la revoir régulièrement, d'une façon inclusive et transparente. Cette activité produira des choix clairs quant aux services qui seront financés entièrement par l'État, en partie par l'État et entièrement par le secteur privé.

Il faut continuer de reconnaître la nature spéciale des soins reliés à la maladie – objectif initial de l'assurance-maladie. Les services de base doivent refléter la nature immédiate du besoin des soins en question, le risque d'imposer un fardeau financier à des personnes et à des familles et le caractère imprévisible du moment où une personne aura besoin des soins en question.

Les Canadiens devraient pouvoir choisir leurs soignants, leurs traitements et le lieu où ils les recevront. Chaque Canadien devrait avoir accès à un médecin de son choix et il faudrait encourager plus particulièrement les gens à choisir un médecin de premier recours qui assure la continuité des soins.

Les médecins jouent un rôle clé comme mandataires et défenseurs de leurs propres patients et de la population en général. Ils recherchent un système de santé qui respecte l'intégrité et la primauté de la relation patient-médecin. Il faut structurer les modes de rémunération et de prestation de façon à favoriser et à appuyer ces rôles et à protéger l'autonomie clinique et professionnelle.

Pour pouvoir offrir des soins de santé de grande qualité – objectif primordial du système public – il faut se fonder sur des données probantes, ainsi que sur des normes et des paramètres explicites (p. ex., périodes d'attente maximales acceptables). La population devrait pouvoir acheter les services de santé s'ils ne sont pas financés par l'État et si le système public n'atteint pas les normes convenues.

On instaurera des soins de santé efficaces à court et à long terme par un modèle de collaboration mobilisant la population, les prestataires et le gouvernement. Cette responsabilité conjointe est assortie d'une obligation correspondante de rendre collectivement compte des choix faits et des orientations choisies. Les gouvernements, les prestataires et le public doivent rendre compte les uns aux autres de tous les aspects de la prestation et de l'utilisation efficaces des services de santé.

3. Trois piliers de la viabilité

L'AMC est d'avis que l'actuel système de prise de décision sur les politiques de la santé a des lacunes fondamentales et qu'il y a trois mesures à prendre pour aider à faire passer la santé de la population canadienne en premier. Les trois «piliers de la viabilité» inextricablement liés que nous présentons ici correspondent aux réformes structurelles et procédurales à long terme qui s'imposent pour rendre le système plus redditionnel et transparent et, par conséquent, en améliorer la viabilité globale.

Dans *Poser le bon diagnostic*, nous soutenons que les Canadiens ne croient plus que le système sera là pour eux et les membres de leur famille au moment et dans la mesure où ils en auront besoin. Dans notre rapport provisoire, nous avons indiqué aussi que les prestataires de soins de santé du Canada ne se sont jamais sentis plus démoralisés ou marginalisés. Les pénuries de prestataires, la médiocrité de l'accès, les contraintes au niveau des ressources et la privatisation passive qui ont sévi pendant la majeure partie de la décennie 90 se sont conjugués pour faire naître des incertitudes au sujet du champ d'application et de la norme de soin auxquels les Canadiens peuvent s'attendre de leur système de soins de santé. L'AMC est d'avis que ces incertitudes qui entourent les changements non planifiés ont aussi eu un effet nocif sur l'économie canadienne et démoralisé les milieux des soins de santé. Sur les deux plans, il faut clarifier au plus haut niveau le contrat social de la santé.

3.1 Charte canadienne de la santé

Le besoin de renouveler le contrat social qui sous-tend l'assurance-maladie soulève de nombreuses questions fondamentales. À quoi ressemblera ce nouveau contrat social? Qui en sera responsable? Qui en surveillera l'élaboration et la mise en œuvre? Quelle différence fera-t-il pour les Canadiens? L'AMC répond ci-dessous à ces questions dans la Charte canadienne de la santé qu'elle propose.

3.1.1 De quoi s'agit-il?

Le concept d'une Charte canadienne de la santé n'est pas nouveau. Dans son rapport de 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé présidée par le juge Emmet Hall recommandait l'adoption d'une charte établissant une vision d'un système de soins de santé prépayés d'une accessibilité universelle, qui inclurait les rôles et les responsabilités des Canadiens, des prestataires et des gouvernements individuels.

Ni la *Loi canadienne sur la santé*, ni la *Charte des droits et libertés* n'offrent actuellement aux Canadiens un droit explicite à l'accès à des soins de santé de qualité dispensés dans un délai acceptable¹. Les Canadiens ne bénéficient en outre pas d'une politique nationale de santé claire qui définirait notre compréhension collective de l'assurance-maladie, ainsi que les droits et les obligations mutuelles des Canadiens, des prestataires de soins de santé et des gouvernements. Sans un tel énoncé de principes national pour établir les paramètres généraux de la gestion et de la modernisation du système de santé du Canada, les belles paroles, les programmes cachés et les accusations futiles continueront de caractériser les débats sur l'assurance-maladie.

Le concept d'une Charte canadienne de la santé évoque certainement de nombreux enjeux dans une fédération décentralisée comme le Canada, où la Constitution attribue aux provinces et aux territoires la responsabilité de la prestation des soins de santé. Après avoir analysé les facteurs légaux et politiques

¹ Dans un article récent publié par l'Institut C.D. Howe, Patrick Monahan et Stanley Hartt soutiennent que les Canadiens ont constitutionnellement droit à des soins de santé financés par le secteur privé si le système public ne leur offre pas des soins en temps opportun.

pertinents, ainsi que ceux qui ont trait aux politiques de la santé, l'AMC propose l'élaboration et l'approbation officielle d'une Charte canadienne de la santé fondée sur un partenariat renouvelé entre les paliers de gouvernement et qui aura l'assentiment des patients et des prestataires².

3.1.2 À quoi ressemblerait-elle?

L'AMC envisage une charte comportant trois grandes parties : un énoncé de vision, une partie qui porterait sur la planification et la coordination nationale et une autre sur les rôles, les droits et les responsabilités. L'AMC a produit un exemple de charte dans un autre document intitulé *La Charte en bref*.

Vision

Ce ne sont pas les énoncés de vision de l'assurance-maladie qui manquent, mais il n'y a pas une seule vision commune. Le gouvernement fédéral, les provinces, les territoires et des particuliers ont tous formulé leurs propres visions à diverses fins et à divers moments. Dans certains cas, comme celui de l'Accord de septembre 2000 sur la santé, les gouvernements sont allés jusqu'à publier des énoncés de vision approuvés par toutes les parties.

Ce qu'il faut, c'est que toutes les parties conjuguent leurs efforts et s'entendent sur une vision commune qui présentera une vue moderne du système de santé du Canada. L'AMC a formulé sa propre vision à la section 2 ci-dessus.

Planification et coordination nationales

La Charte canadienne de la santé établirait l'obligation d'instaurer une planification et une coordination nationales reposant sur des principes comme la collaboration, la prise de décisions fondées dans les faits, un financement stable et prévisible, la flexibilité à l'échelon régional et local et l'obligation de rendre compte. Elle pourrait aussi préciser les domaines où la planification et la coordination nationales sont obligatoires, particulièrement en ce qui concerne la définition et l'examen périodique des services de soins de santé de base, la mise au point de paramètres nationaux sur l'accès en temps opportun, l'accessibilité et la qualité des soins de santé, les ressources du système de santé, y compris les ressources humaines et les technologies de l'information, sans oublier l'établissement de buts et d'objectifs nationaux afin d'améliorer la santé des Canadiens.

La charte prévoirait aussi la création d'une Commission canadienne de la santé chargée de surveiller l'observation des dispositions de la Charte et de mesurer les progrès dans ce sens, de faire rapport à la population canadienne du rendement du système de santé et de conseiller régulièrement la Conférence des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux au sujet d'enjeux nationaux clés.

Rôles, droits et responsabilités

Un des buts clés de la charte consisterait à dégager une compréhension commune des rôles, des droits et des responsabilités des intervenants clés dans le renouvellement de l'assurance-maladie. Les aspects clés à cet égard comprendraient les suivants :

?? reconnaissance du rôle continu des gouvernements en ce qui concerne la coordination globale et la planification des services de santé;

² Même si le mot «charte» a une connotation légale, on l'a utilisé dans d'autres contextes. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé adoptée en 1986, appel à l'action international portant sur la promotion de la santé, qui a été acclamée dans le monde entier, en est un exemple.

- ?? renforcement des droits à l'accessibilité et à la transférabilité des résidents canadiens en précisant clairement et sans équivoque que les gouvernements doivent faire tout ce qu'ils peuvent pour donner un accès raisonnablement comparable et en temps opportun à des soins de santé de grande qualité³;
- ?? établissement des droits et des responsabilités des patients, des prestataires et des gouvernements au Canada.

3.1.3 *Élaboration et mise en œuvre d'une charte*

Les principales caractéristiques de la Charte canadienne de la santé que nous proposons sont les suivantes.

- ?? *Mandat national* : Ce sera un document inclusif — vraiment national plutôt que fédéral ou interprovincial ou interterritorial.
- ?? *Fondée sur les valeurs* : Elle sera conforme aux valeurs et aux principes acceptés par le public.
- ?? *Applicables* : On en fera observer les dispositions par des mécanismes administratifs plutôt que par les tribunaux.
- ?? *Non dérogoire* : Elle respectera les champs de compétence du fédéral, des provinces et des territoires.

La Charte canadienne de la santé ne sera pas meilleure que le processus mis en place pour l'élaborer et en surveiller la mise en œuvre. Il est peut-être trop tôt pour poser des hypothèses sur la façon de procéder, mais nous présentons quand même les observations qui suivent.

- ?? L'élaboration de la Charte canadienne de la santé exigera une vaste consultation. Même si les gouvernements pourraient diriger le processus, il faudrait l'élaborer de façon inclusive en mobilisant tous les intervenants, y compris les organisations qui représentent les fournisseurs et les consommateurs de soins de santé.
- ?? Lorsqu'on aura dégagé un consensus sur un projet de Charte canadienne de la santé, il importera que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux l'approuvent officiellement. Ce qui pourrait se faire de nombreuses façons, y compris l'approbation au cours d'une réunion des premiers ministres, par les assemblées élues ou par proclamation royale⁴.

³ On pourrait établir un lien avec la disposition relative à la péréquation contenue au paragraphe 36(2) de la *Loi constitutionnelle de 1982*.

⁴ Les proclamations sont publiées par le représentant de la Reine du niveau de compétence en cause. La «Proclamation reconnaissant le service exceptionnel fourni aux Canadiens par les employés de la fonction publique du Canada lors de catastrophes naturelles» (13 mai 1998) en est un exemple.

Recommandation 1

Que les gouvernements du Canada adoptent une Charte canadienne de la santé qui :

- ?? réaffirme le contrat social que constitue l'assurance-maladie;
- ?? reconnaisse les rôles continus des gouvernements dans la coordination globale et la planification des services de santé;
- ?? établisse les droits à l'accessibilité et à la transférabilité des résidents du Canada et leurs responsabilités à cet égard;
- ?? établisse les droits et les responsabilités des gouvernements, des prestataires et des patients au Canada;
- ?? prévoie la création d'une «Commission canadienne de la santé».

3.2 Commission canadienne de la santé

Ce que le dernière décennie a révélé clairement — à la suite des travaux de nombreuses commissions provinciales, du Forum national sur la santé qui a duré trois ans, d'une étude du Sénat et maintenant des travaux de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada — c'est que la planification stratégique en santé est un défi sans fin. Voilà pourquoi nous avons besoin d'une tribune permanente, apolitique et nationale de dialogue et de débat continu — une Commission canadienne de la santé.

3.2.1 Structure, composition et mandat

Notre réflexion sur la création d'une Commission canadienne de la santé s'est inspirée de nombreux précédents et modèles qui ont servi dans le contexte canadien, à commencer par le Conseil fédéral d'hygiène prévu dans la Loi constituant le ministère de la Santé en 1919. Le conseil devait faciliter la coordination avec les provinces et les territoires et divers organismes privés dans le domaine de la santé. C'était aussi le principal organisme consultatif du ministre de la Santé nationale et du Bien-être. Il était constitué du sous-ministre fédéral (président), des sous-ministres provinciaux et de membres de l'extérieur représentant des organisations de femmes, les syndicats, les milieux de l'agriculture et des sciences médicales.

Nous avons aussi étudié des modèles plus récents d'organismes nationaux de conseil et de surveillance. L'annexe C contient plus de détails sur les structures et les mandats fondamentaux de ces organismes. Notre évaluation de ces commissions, tables rondes et conseils nous porte à tirer certaines conclusions sur la structure et la composition de la Commission canadienne de la santé :

?? *Indépendance* : La Commission devrait être indépendante des gouvernements et avoir la liberté d'effectuer des recherches et de conseiller les gouvernements sur un vaste éventail d'enjeux liés à la santé et aux soins de santé. Afin de faciliter son travail, elle devrait toutefois avoir des liens étroits avec des organismes gouvernementaux comme l'Institut canadien d'information sur la santé et les Instituts de recherche en santé du Canada.

?? *Transparence* : La Commission devrait être ouverte et transparente. Nous ne voulons pas recréer la boîte noire que constitue le fédéralisme exécutif. Des représentants des gouvernements seraient les bienvenus comme observateurs et les délibérations de la Commission seraient rendues publiques.

Ordonnance pour la viabilité

- ?? *Crédibilité* : La composition de la Commission devrait refléter un vaste éventail de points de vue et d'expertise dont elle aurait besoin pour s'acquitter de son mandat. Les nominations ne devraient pas être fonction de groupes afin d'assurer que la politique des groupes n'entrave pas ses délibérations.
- ?? *Légitimité* : Même si la Commission serait créée par le gouvernement fédéral, sa structure, sa composition et son mandat devront être légitimes aux yeux des gouvernements provinciaux et territoriaux.
- ?? *Permanence* : La Commission devrait être permanente et disposer des ressources suffisantes pour faire son travail, sous réserve d'un examen périodique de son mandat et de son efficacité.
- ?? *Mobilisation des intervenants* : La Commission devrait inclure des représentants de la population en général et devrait chercher à mobiliser les Canadiens en général par des activités de recherche, de consultation et d'information du public.
- ?? *Leadership faisant autorité* : La Commission devrait être présidée par un commissaire à la santé du Canada, nommé par le Parlement (comme le vérificateur général) pour un mandat de cinq ans à la suite d'un consensus établi entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Le commissaire à la santé ne remplacerait pas le ministre fédéral de la Santé, qui continuerait de devoir rendre compte au Parlement des politiques et des programmes fédéraux de santé, ainsi que de la promotion de la collaboration intergouvernementale dans tout un éventail de sujets touchant la santé et les soins de santé. Le commissaire aurait les pouvoirs nécessaires pour diriger les affaires de la Commission, comme celui de convoquer des témoins à des audiences de la Commission.

Le mandat de la Commission consisterait notamment à :

- ?? surveiller l'observation de la Charte canadienne de la santé;
- ?? présenter aux Canadiens un rapport annuel sur le rendement du système de santé et l'état de santé de la population;
- ?? conseiller la Conférence des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé au sujet de questions comme :
- la définition du panier de services de base financés par le secteur public;
 - l'établissement de paramètres nationaux sur l'accès en temps opportun, l'accessibilité et la qualité des soins de santé;
 - la planification et la coordination des ressources du système de santé à l'échelon national, y compris les ressources humaines, la technologie de l'information et l'infrastructure immobilisée;
 - l'élaboration de buts et d'objectifs nationaux afin d'améliorer l'état de santé des Canadiens.

Recommandation 2

Que l'on établisse une Commission canadienne de la santé permanente et indépendante des gouvernements. Le mandat de la Commission consisterait notamment à :

- ?? surveiller l'observation de la Charte canadienne de la santé;
- ?? présenter aux Canadiens un rapport annuel sur le rendement du système de santé et l'état de santé de la population;
- ?? conseiller la Conférence des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé au sujet de grandes questions critiques.

3.3 Renouveau du cadre législatif fédéral

De nombreuses obligations morales et politiques émaneraient de la Charte pour les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les fournisseurs et les patients. Reconnaisant les obligations fédérales et provinciales/territoriales communes à l'égard du système de santé, la Charte canadienne de la santé viserait principalement à renforcer le caractère national du système. On s'attendrait à ce que le gouvernement fédéral prenne des engagements importants dans certains domaines.

3.3.1 La Loi canadienne sur la santé

Le Parlement a adopté la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) en 1984 pour remplacer la législation fédérale régissant les ententes de partage des coûts de l'assurance-santé et hospitalisation. Les principes de cette loi sont devenus les piliers de l'assurance-maladie. La LCS énonce la vision et les valeurs qui sous-tendent l'assurance-maladie et établit les cinq conditions auxquelles les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie doivent se conformer — soit l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité, la transférabilité et la gestion publique — pour recevoir toute la contribution financière du fédéral à laquelle ils ont droit conformément au programme du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). La *Loi canadienne sur la santé* est donc la clé de voûte de 13 régimes provinciaux et territoriaux distincts d'assurance-maladie.

Même si la LCS a été le point de convergence de plusieurs différends fédéraux-provinciaux-territoriaux au fil des ans, les divergences de vues ont été attribuables bien plus à la politique qu'à l'essence même de la loi. En fait, s'il y a une grande question de politique publique au Canada qui fait presque l'unanimité entre les provinces et les territoires, ainsi qu'entre les partis politiques, c'est que les principes de la LCS sont bons. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont convenu récemment d'établir un mécanisme officiel d'évitement et de règlement des différends afin de régler de façon plus ouverte et transparente les problèmes posés par l'interprétation de la Loi canadienne sur la santé. Ce qui réjouit l'AMC.

À la section 5.1.3 de ce document, l'AMC préconise l'établissement d'un mécanisme national afin de déterminer et de revoir périodiquement le panier des services de base de façon ouverte, transparente et factuelle. Il faudrait modifier la LCS pour prévoir un tel mécanisme.

Enfin, et peut-être ce qui est le plus important, il faudrait modifier la LCS pour qu'elle reflète la Charte canadienne de la santé. À cette fin, il faudrait notamment modifier le préambule afin d'y ajouter une vision et des valeurs modernes de l'assurance-maladie, de prévoir une Commission canadienne de la santé, de reconnaître le rôle fédéral et d'y refléter les droits des Canadiens à l'accessibilité et à la transférabilité.

Recommandation 3

Que le gouvernement fédéral entreprenne une étude de la *Loi canadienne sur la santé* afin de la modifier pour :

- ?? y enchâsser la Charte canadienne de la santé;
- ?? prévoir la création de la Commission canadienne de la santé;
- ?? permettre une définition plus générale des services de base et certains frais de services à certaines conditions.

3.3.2 Transferts aux provinces et aux territoires

La nature même du système de santé public du Canada pose des défis et présente des possibilités sans pareilles en ce qui a trait à la responsabilité et à la viabilité. La Constitution attribue la compétence sur les soins de santé aux provinces et aux territoires qui fournissent la majeure partie du financement. Le rôle du gouvernement fédéral inclut le financement et repose sur le désir des Canadiens d'avoir ce qui ressemble à un programme national de soins de santé.

L'AMC préconise fermement un financement fédéral stable, prévisible et suffisant des soins de santé. Le gouvernement fédéral a réagi en fixant un plancher des transferts en espèces au TCSPS et en réinjectant dans le système une partie des ponctions qu'il y avait prélevées au cours des années 90. Il reste toutefois encore beaucoup de chemin à faire. Pour être considéré comme un partenaire crédible de l'assurance-maladie, le gouvernement fédéral doit augmenter les transferts en espèces. Il doit jouer un rôle plus important et continu dans le financement des soins de santé et l'affectation des fonds doit être plus transparente et appuyer une planification à plus long terme.

Par transparence du financement fédéral des soins de santé, on entend que le gouvernement fédéral ne peut plus affirmer qu'il dépense sa contribution au titre du TCSPS de trois façons. Les Canadiens ont le droit de savoir quelle part de leurs impôts le fédéral transfère aux provinces et aux territoires pour appuyer l'assurance-maladie. Il devrait en être de même dans le cas des transferts pour l'enseignement postsecondaire et les services sociaux. Même si cela peut aller à l'encontre de la doctrine qui prévaut dans les ministères des finances et des affaires intergouvernementales, les Canadiens peuvent s'attendre au moins à cela de leurs gouvernements sur le plan de la reddition de comptes. Cela sert aussi à souligner que la raison d'être sous-jacente du fédéralisme fiscal est d'appuyer l'assurance-maladie et d'autres programmes sociaux importants, et non le contraire.

Outre le transfert d'un financement total aux provinces et territoires, l'ampleur même et la nature pressante de nombreux problèmes auxquels fait face l'assurance-maladie justifient le recours aux transferts ponctuels, ciblés et spéciaux. Les précédents de tels transferts comprennent le Programme national de subvention à la santé créé en 1948 pour développer l'infrastructure hospitalière d'un bout à l'autre du Canada, ainsi que les fonds récents créés pour appuyer financièrement le développement de la petite enfance, l'équipement médical, l'infrastructure santé et la réforme des soins primaires. Il faudrait recourir à de tels moyens, conjugués à des dispositions plus rigoureuses sur l'obligation de rendre compte, pour assurer que les fonds sont dépensés de la façon prévue, afin de s'attaquer aux lacunes sérieuses du système dans les domaines des ressources humaines de la santé, de l'infrastructure immobilisée et de la technologie de l'information.

Recommandation 4

- a) Que la contribution du gouvernement fédéral au système de soins de santé financé par l'État :
- ?? soit harmonisée avec la revue quinquennale du programme fédéral de péréquation;
 - ?? soit bloquée pendant cinq ans et indexée en fonction d'un indice relié à une moyenne mobile triennale du PIB par habitant;
 - ?? augmente pour atteindre un objectif fixé à 50 % des dépenses de santé par habitant que les provinces-territoires consacrent aux services de base;
 - ?? prévoit que l'on réservera en théorie des fonds pour la santé.
- b) Que le gouvernement fédéral crée des fonds ponctuels spéciaux totalisant 2,5 milliards de dollars en cinq ans (ou qu'il s'appuie sur les fonds existants) pour s'attaquer aux problèmes pressants dans les domaines suivants :
- ?? planification des ressources humaines de la santé; (section 6.1.1)
 - ?? infrastructure immobilisée; (section 6.2)
 - ?? technologie de l'information; (section 6.4)
 - ?? Fonds d'accessibilité (section 8.1.2).

3.3.3 La politique fiscale à l'appui de la santé

Dans le passé, le gouvernement du Canada a compté énormément sur son pouvoir de dépenser et de légiférer pour agir sur l'évolution de l'assurance-maladie au Canada. Les préoccupations de plus en plus lourdes soulevées par le système de santé du Canada obligent toutefois le gouvernement fédéral à maximiser tous les moyens stratégiques fédéraux dont il dispose, et notamment à revoir les façons possibles d'utiliser le régime fiscal pour appuyer le renouvellement du secteur de la santé.

Les dépenses fiscales sont très utilisées comme outil de politique publique, mais jusqu'à maintenant, la fiscalité a joué un rôle relativement limité dans le domaine de la santé. On a calculé que l'aide fiscale à la santé sous forme d'impôt sur le revenu des particuliers (c.-à-d. revenu cédé par le gouvernement) atteignait 3,8 milliards de dollars en 2001, ce qui dépasse à peine 3,7 % environ du total des dépenses de la santé au cours de la même année.

Le régime fiscal est relié au secteur de la santé à trois niveaux — financement des soins de santé, intrants des soins de santé et choix reliés au style de vie. Les questions clés de la réforme sur lesquelles on pourrait se pencher dans le contexte d'un examen du régime fiscal à ces niveaux comprennent les suivantes :

Financement des soins de santé

- ?? Les incitations fiscales pourraient-elles servir à améliorer l'accès à l'assurance supplémentaire privée?
- ?? Comment accroître l'allègement fiscal offert aux personnes qui ont des frais médicaux élevés?
- ?? Faudra-t-il utiliser le régime fiscal afin d'encourager l'épargne personnelle pour les soins de longue durée?

Intrants des soins de santé

- ?? Comment utiliser les incitations fiscales pour s'attaquer aux problèmes des ressources humaines de la santé (p. ex., attirer des médecins et des infirmières dans les régions rurales/éloignées, compenser les coûts élevés de la formation, favoriser la formation continue)?
- ?? Comment le gouvernement fédéral peut-il s'y prendre pour modifier le régime fiscal afin de garantir le traitement équitable de tous les prestataires de soins de santé?
- ?? Pourrait-on créer des crédits d'impôt améliorés afin d'appuyer les soignants non rémunérés?
- ?? Pourrait-on recourir aux incitations fiscales pour promouvoir la recherche et l'innovation dans les soins de santé en dehors du secteur pharmaceutique?

Choix liés au style de vie

- ?? Comment utiliser le régime fiscal pour promouvoir des styles de vie sains (p. ex., incitations à bien manger et à faire de l'exercice; désincitations pour des styles de vie nuisibles à la santé)?

Le niveau de l'appui accordé par le régime fiscal aux personnes qui ont des dépenses directes élevées constitue une question particulièrement pressante. Le crédit d'impôt pour frais médicaux accorde actuellement une aide limitée aux contribuables dont les dépenses dépassent 1637 \$ ou 3 % de leur revenu net. Le seuil de 3 % date d'avant l'assurance-maladie. Est-il toujours valable en 2002? Y a-t-il des moyens de bonifier cette disposition afin de réduire les désincitations financières auxquelles font face beaucoup de Canadiens lorsqu'ils doivent payer des services de santé qui peuvent ne pas être médicalement nécessaires, mais être bénéfiques et mériter l'appui du gouvernement?

L'AMC encourage le gouvernement fédéral à entreprendre un examen complet de ces questions et d'autres questions fiscales liées à la santé. Il est clair que nous ne croyons pas que la politique fiscale réglerait à elle seule tous les défis auxquels fait face le système de santé du Canada. L'AMC croit néanmoins que le régime fiscal peut aider d'une manière fondamentale le secteur des soins de santé au Canada à s'adapter à l'évolution du contexte et, ainsi, être le complément des deux autres volets de notre stratégie de renouvellement.

Recommandation 5

Que le Parlement établisse un groupe d'experts qui collaborera avec la Commission canadienne de la santé afin d'examiner les dispositions en vigueur de la législation fiscale fédérale et de trouver des moyens d'améliorer l'appui accordé aux objectifs des politiques de santé par la politique fiscale.

4. Contribution et responsabilité significatives des intervenants

Dans le rapport provisoire de la Commission, on a posé la question suivante : Pourquoi ceux qui ont le plus à apporter, qui sont les plus engagés — les professionnels de la santé du Canada — ne sont pas présents à la table lorsque les dirigeants nationaux discutent de l'avenir de la santé et des soins de santé?

Individuellement et collectivement, les médecins se sentent impuissants et démobilisés. Ils se sentent frustrés, marginalisés et laissés à l'écart de tous les échelons de la prise de décisions. C'est au niveau national que c'est le plus évident : médecins et autres prestataires de soins de santé ont essayé en vain d'avoir accès à la boîte noire que constitue le fédéralisme exécutif. Ils ont été exclus systématiquement des décisions sur l'avenir de la santé et des soins de santé.

À l'exception de projets de cogestion couronnés de succès aux échelons provincial, territorial ou régional, les médecins ont été marginalisés de plus en plus en ce qui a trait aux décisions stratégiques au cours de la dernière décennie. À l'échelon fédéral-provincial-territorial, les médecins sont exclus depuis la fin des années 80. À celui du fédéral, la profession médicale n'a eu aucune occasion de contribuer officiellement au Forum national sur la santé. Les médecins ont été exclus spécifiquement de nombreuses régies régionales lorsqu'on les a créées au début des années 90. Le regroupement de nombreuses structures de gouvernance locale (p. ex., conseils des hôpitaux) en régies régionales a enfin réduit les possibilités reliées à la prise de décisions sur la scène locale.

Selon un principe fondamental de la justice, ceux qui sont touchés directement par des décisions doivent être présents lorsqu'on les prend. Médecins, infirmières et autres professionnels ont beaucoup à apporter à la table. Souvent, les motifs de leur exclusion ne sont pas clairs, mais ils ont tendance à être le fruit du concept erroné selon lequel l'intérêt personnel pourrait l'emporter sur l'intérêt collectif. Dans le contexte actuel, face au roulement rapide des dirigeants aux échelons supérieurs de la santé, nous croyons que le balancier doit revenir vers la création d'une table où l'on favorise l'intérêt personnel éclairé.

Les dirigeants élus œuvrent dans le secteur de la santé pendant une brève période seulement, mais dans le cas des médecins et des autres prestataires, c'est leur carrière qui est en jeu. C'est nous qui avons investi le plus, qui avons le plus à donner et qui avons le plus à perdre, après nos patients. Pourquoi avons-nous le moins d'influence sur les décisions qui ont trait à l'avenir de la santé et des soins de santé? Pourquoi apprenons-nous les décisions après coup et pourquoi s'attend-on à ce que nous les appuyons?

Cette politique d'exclusion a coûté énormément cher au Canada. Les décisions stratégiques mal éclairées en planification des ressources humaines de la santé ont eu des résultats catastrophiques. Le jeu des gobelets dont font l'objet les investissements dans les technologies médicales caractérise depuis quelque temps la façon dont les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, œuvrant à huis clos, ont eu tendance à promouvoir des solutions qui diminuent les frictions entre les deux paliers de gouvernement, mais ne présentent à peu près aucun avantage concret pour le système de santé. Il nous faut un processus plus transparent et redditionnel.

Recommandation 6

Que les gouvernements et les administrations régionales de la santé lancent des efforts importants pour assurer la participation et la contribution des médecins actifs à tous les niveaux de la prise de décisions dans le domaine des soins de santé ou améliorent ceux déjà pris dans ce sens.

5. Définition du système public de soins de santé

La viabilité et l'obligation de rendre compte sont les thèmes qui dominent notre mémoire et l'accès en temps opportun à des soins de qualité pour tous les Canadiens constitue notre but ultime. Le moment est venu de mettre fin aux excuses pour rationner le système public de santé. Nos patients méritent des soins de santé auxquels ils peuvent avoir accès en temps opportun dans leur propre pays.

Les médecins du Canada appuient les soins de santé financés par le secteur public, mais non si cela signifie que des patients se voient refuser l'accès à des soins de qualité en temps opportun et s'il faut rationner et refuser des soins nécessaires. Nous sommes convaincus que tous les Canadiens doivent avoir accès à des soins de santé de grande qualité peu importe où ils vivent.

5.1 Services de base

Nous avons précisé dans notre premier mémoire qu'il faut notamment améliorer l'équilibre entre tout et tous. Aucun pays au monde n'a pu couvrir intégralement⁵ l'accès en temps opportun à tous les services. Compte tenu de l'évolution rapide du système de prestation, et du virage en cours des soins institutionnels vers les soins communautaires, il y a longtemps qu'on aurait dû réexaminer le «panier» de l'assurance-maladie.

5.1.1 Couverture uniforme pour tous les Canadiens

Tous les Canadiens devraient être assurés pour des services de soins de santé de base à des conditions uniformes, peu importe où ils vivent. Un panier de services de base clairement défini constitue un élément essentiel obligatoire d'un programme national dans un système décentralisé de soins de santé comme celui du Canada. Ce panier de services garantirait une couverture minimale et uniforme dans l'ensemble des provinces et des territoires. Il importe toutefois de reconnaître que les priorités dans le domaine des soins de santé varieront entre les provinces et les territoires, qui pourront choisir d'ajouter des services.

Recommandation 7

Que tous les Canadiens bénéficient d'un panier de services de base à des conditions uniformes.

5.1.2 Redéfinition des services de base

Depuis la création de l'assurance-maladie au Canada, on entend en général par services de base ceux qui sont assujettis aux cinq critères du programme établis dans la *Loi canadienne sur la santé*. Ces services comprennent les services hospitaliers médicalement nécessaires, ainsi que les services médicaux et les services de chirurgie dentaire dispensés aux personnes assurées.

L'évolution de la prestation des soins de santé a toutefois entraîné une migration de services de plus en plus nombreux en dehors du contexte hospitalier, ce qui a réduit en fait la taille relative du panier de services de base. Les dépenses médicales et hospitalières, par exemple, qui représentaient 56 % du total des dépenses de la santé en 1984, n'en représentaient plus que 45 % en 2000. Beaucoup de services

⁵ Financement intégral, par le gouvernement sans partage des frais par le patient.

auparavant dispensés dans les hôpitaux sont maintenant fournis en contexte de services communautaires conjugués à une pharmacothérapie. Les services que l'on continue de fournir dans les hôpitaux sont de plus en plus dispensés en mode « chirurgie de jour » (qui n'exige aucune admission) ou pendant un séjour beaucoup plus court.

Pour que l'assurance-maladie continue de répondre aux besoins des Canadiens, il faut modifier le concept des services de base afin de couvrir un éventail de services qui correspond aux réalités des soins de santé au XXI^e siècle. Il faudrait plus précisément revoir la définition des services de base pour déterminer dans quelle mesure ils devraient aller au-delà des services hospitaliers et médicaux.

Recommandation 8

- a) Que l'on établisse la composition du panier de services de base et qu'on la mette à jour régulièrement afin de tenir compte des réalités de la prestation des soins de santé et des besoins des Canadiens.
- b) Que la composition des services de base ne soit pas limitée à son champ actuel, soit les services dispensés par les hôpitaux et les médecins, à condition que l'accès aux services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires ne soit pas compromis.

5.1.3 Façon de procéder pour clarifier ce qui est assuré et ce qui ne l'est pas

Il n'y a pas de façon simple de déterminer le contenu du panier de services de base. Il y a des jugements de valeurs à poser et des compromis difficiles à faire, et il faut dégager un consensus d'un vaste éventail de points de vue et d'intérêts. L'AMC préconise depuis des années une façon équilibrée de déterminer les services de base qui tient compte des enjeux que constituent l'éthique, la qualité (données probantes) et les aspects économiques (annexe D). Si l'on ne prend pas ces décisions difficiles, les risques sont trop clairs : un système de santé entravé par des concepts désuets des soins de santé et qui perd de plus en plus de vue les besoins des Canadiens.

Le processus suivi pour déterminer les services de base devrait être inclusif et transparent. Les décisions devraient être factuelles et ne privilégier aucun prestataire ou contexte de prestation des soins. Il faudrait reconnaître la nature spéciale des soins reliés à la maladie ? problèmes émergents ou non émergents, fardeau financier possible pour les personnes et les familles, et incapacité de prévoir quand ces soins seront requis. Le plus important, c'est que quiconque se verra confier la tâche de définir le panier de services de base et de le mettre à jour doit être légitime aux yeux du public.

L'AMC est d'avis que les valeurs qui suivent devraient caractériser le mécanisme utilisé pour déterminer le panier des services de base assurés par l'assurance-maladie.

Valeurs appliquées pour déterminer les services de base

Transparence : Le processus ou les principes ou règles sur lesquelles reposent les choix doivent se prêter à l'examen et être rendus publics.

Imputabilité : Les décideurs devraient avoir le pouvoir nécessaire pour faire les choix et il faudrait adopter des dispositions pour les obliger à rendre compte de leurs décisions.

Caractère factuel : Le processus décisionnel devrait comporter des données empiriques pertinentes disponibles et appropriées.

Inclusivité : Il faudrait identifier, consulter et inclure dans la prise de décision les parties qui ont un enjeu important dans le choix à faire.

Équité procédurale : Le processus suivi pour prendre les décisions doit être équitable pour ceux qui participent à la décision ou qui sont touchés par elle, et inclure un droit d'appel.

Recommandation 9

- a) Que l'on définisse la composition du panier des services de base et qu'on la mette à jour régulièrement dans le contexte d'un mécanisme fédéral-provincial-territorial légitime aux yeux de la population canadienne – soit les patients, les contribuables et les professionnels de la santé.
- b) Que les valeurs que constituent la transparence, l'imputabilité, le caractère factuel, l'inclusivité et l'équité procédurale caractérisent le mécanisme utilisé pour déterminer la composition du panier des services de base à couvrir par l'assurance-maladie.

5.1.4 Financement des services de base — trouver un nouveau compromis canadien

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les territoires doivent veiller à ce que les services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires soient fournis intégralement. Outre ces services de base, les provinces et les territoires assurent à divers degrés d'autres services financés à la fois par les gouvernements et par les patients. Certains services sont financés entièrement par le secteur privé. Outre les services hospitaliers et médicaux, il n'y a aucune uniformité entre les provinces et les territoires en ce qui concerne les conditions de l'assurance partielle des services coiffés par le financement public.

Si l'on veut élargir le panier des services de base au-delà des soins médicaux et hospitaliers, il y a alors certaines réalités qu'il faut aborder. Tout d'abord, même s'il peut être nécessaire d'assurer une couverture intégrale afin de maintenir l'accès aux services pour les membres les plus vulnérables de la société, l'universalité fait croire que les soins de santé sont gratuits alors qu'il est clair que ce n'est pas le cas.

5. Définition du système public de soins de santé

Deuxièmement, compte tenu des ressources budgétaires limitées et des priorités politiques, il est probable que les gouvernements n'auront pas les moyens d'assurer intégralement un éventail élargi de services de base. Sans financement supplémentaire, il faudra réaffecter des ressources prélevées dans les services hospitaliers et médicaux pour financer d'autres services ajoutés au panier.

Il faut alors trouver une façon différente de financer les services de base — plus pragmatique et moins dictée par l'idéologie — suivant laquelle, on répartirait les services de santé en trois catégories : ceux qui sont financés exclusivement par le secteur public, ceux qui le sont en partie et ceux qui sont financés exclusivement par le secteur privé. Les services des deux premières catégories seraient considérés comme des services de base. Comme on l'a déjà dit, la composition du panier des services de base serait déterminée et mise à jour périodiquement par un groupe multilatéral légitime suivant un processus factuel. Il ne faudrait plus le définir en fonction du financement intégral par le secteur public.

Si l'on redéfinit les services de base pour y inclure des services actuellement financés à la fois par les secteurs privé et public, les Canadiens doivent alors être prêts à revoir l'assurance intégrale afin de veiller à ce qu'on l'applique là où l'on en a le plus besoin pour maintenir l'accès aux services de base. Il faut aussi établir des modalités uniformes quant aux services de base financés par les secteurs privé et public, c'est-à-dire qu'il faut définir le plancher du financement public que devront fournir les provinces et les territoires.

On n'a jamais abordé au Canada l'élaboration de modalités uniformes dans le cas des services financés par les secteurs public et privé. Même si les critères de la *Loi canadienne sur la santé* — universalité, accessibilité, intégralité, transférabilité et gestion publique — devraient être relativement faciles à appliquer dans un monde d'assurance intégrale, le système de santé du Canada n'a pu satisfaire à tous ces critères de façon uniforme. Il est essentiel d'appliquer avec plus de diligence ces critères aux services de base financés intégralement. Il faut en outre les adapter afin d'établir un cadre efficace des conditions régissant l'accès aux services à financement mixte, soit privé et public.

Il faut discuter de façon plus rationnelle du rôle du partage des frais avec les patients dans le système de santé du Canada. Il existe actuellement de nombreux mécanismes de partage des frais, comme les primes, les franchises, les copaiements, les frais de service et l'imposition des prestations de soins de santé. Dans ce cas encore, les gouvernements devraient suivre des démarches qui favorisent la transparence et l'imputabilité tout en assurant qu'on ne refuse des soins à personne à cause d'une incapacité de payer.

Les frais de service sont un élément acceptable de la prestation de beaucoup de produits et de services reliés à la santé, comme les produits pharmaceutiques et les soins dentaires. La *Loi canadienne sur la santé* prévoit de plus explicitement les copaiements dans le cas des soins chroniques. D'autres services comme les services médicaux et hospitaliers sont toutefois considérés actuellement comme exclus. Certains services qui ont un élément de «commodité», comme certains produits pharmaceutiques, prothèses et éléments des soins à domicile, pourraient continuer d'inclure des frais qui viseraient à couvrir une partie du service.

Peu importe comment on applique les frais de services, il faudrait le faire d'une façon juste et équitable qui tient compte des personnes désavantagées sur le plan financier afin de ne pas nuire à l'accès aux soins nécessaires, mais d'encourager plutôt l'utilisation judicieuse du système de santé. Le mode de partage des frais des services essentiels avec les patients doit en outre être uniforme entre les provinces et les territoires. On pourrait fixer des seuils pour la part publique du financement de catégories différentes de services de base, mais n'importe quelle administration pourrait aller plus loin.

Recommandation 10

- a) Que les gouvernements établissent un nouveau cadre de gouvernance du financement d'un panier de services de base afin d'assurer :
 - ?? que les Canadiens ont un accès raisonnable aux services de base à des conditions uniformes, dans l'ensemble des provinces et des territoires;
 - ?? que les gouvernements, les prestataires et les patients sont tenus de rendre compte de l'utilisation des ressources consacrées aux soins de santé;
 - ?? qu'aucun Canadien ne se verra refuser des services essentiels à cause de sa situation financière personnelle.
- b) Que l'on modifie la législation afin de permettre le partage des coûts pour au moins certains services de base, à des conditions uniformes, dans l'ensemble des provinces et des territoires.
- c) Que lorsqu'on aura défini le panier de services de base, des niveaux minimaux de financement public de ces services s'appliquent de façon uniforme dans l'ensemble des provinces et des territoires et que l'on accorde à chaque gouvernement la marge de manœuvre nécessaire pour porter la part du financement public au-dessus de ces niveaux.

5.2 Garantie de soin et «souple de sûreté»

Le manque de recours ou de solutions de rechange au Canada lorsque le système de santé financé par le secteur public ne donne pas accès aux soins de santé en temps opportun constitue une cause de frustration commune chez beaucoup de médecins et de patients depuis quelques années. Pour les Canadiens, la seule solution de rechange depuis la création de l'assurance-maladie consistait à se rendre aux États-Unis ou ailleurs à l'étranger pour obtenir des soins médicaux. C'était peut-être acceptable au début de l'assurance-maladie lorsque le financement public était abondant et que le besoin de chercher à obtenir des soins à l'étranger était plus théorique que réel. En 1998, toutefois, on a estimé à la suite de l'Enquête nationale sur la santé de la population, que quelque 17 000 Canadiens s'étaient rendus aux États-Unis pour obtenir des soins médicaux. Il est clair que la plupart des Canadiens n'ont pas ce choix.

Des affaires récentes portées devant les tribunaux ont obligé des gouvernements provinciaux à rendre compte de la prestation de soins en temps opportun. De plus en plus de Canadiens se tournent vers le secteur privé au Canada, comme les cliniques privées d'imagerie par résonance magnétique (IRM), même si ce service peut entrer en conflit avec les principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Le public a en fait créé sa propre soupape de sûreté. C'est là un exemple concret de ce qui se passe lorsque le système financé par le secteur public ne répond pas à une demande légitime. Il faut s'attaquer à cette lacune de la politique de santé du Canada de façon à obliger le système à fournir des soins en temps opportun tout en préservant le droit des Canadiens de se prévaloir de solutions de rechange si le système public ne livre pas la marchandise.

Pour s'attaquer à ces questions, il faut d'abord définir les services de base. Il faut ensuite établir, sur la qualité et les périodes d'attente, des lignes directrices et des normes factuelles que les patients, les fournisseurs et les gouvernements jugent raisonnables. Jusqu'à maintenant, le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario est le meilleur exemple de ces paramètres au Canada. L'AMC a passé en revue les progrès réalisés vers l'établissement de paramètres dans *Une Charte canadienne de la santé : document de travail*, où l'on passe en revue l'expérience canadienne et internationale des chartes de la santé. Nous

5. Définition du système public de soins de santé

avons aussi produit une politique sur les principes opérationnels portant sur la mesure et la gestion des listes d'attente (annexe E).

Si le système de santé financé par le secteur public ne réussit pas à se conformer aux normes convenues et prescrites sur l'accès aux services de base en temps opportun, les patients doivent alors avoir accès à d'autres options qui leur permettront d'obtenir les soins requis par d'autres moyens. La troisième étape consiste à créer une «soupape de sûreté» pour tenir compte des situations où il est impossible de satisfaire aux garanties relatives aux périodes d'attente. Cette soupape de sûreté permettrait aux patients et à leurs médecins de chercher à obtenir les soins requis là où ils sont disponibles. On essaierait de trouver des soins dans la région géographique immédiate du patient – tout d'abord dans sa province ou son territoire, ensuite dans une autre province ou un autre territoire, ou même à l'étranger.

Les fonds publics qui auraient servi à payer les soins du patient si l'on avait respecté la garantie relative aux périodes d'attente serviraient à payer le service peu importe où il est fourni. Dans certains cas, le service en question coûtera plus cher que s'il avait été disponible en temps opportun dans le système public de la province ou du territoire de résidence du patient. Les patients pourraient acheter d'avance de l'assurance privée complémentaire pour couvrir cet écart.

Idéalement, les Canadiens n'auraient jamais à recourir à cette «soupape de sûreté». Son inclusion dans la politique de santé du Canada offrira toutefois des garanties et aidera à redonner au public confiance dans le système de santé. Elle rappellera aussi aux gouvernements ce qui se passe lorsqu'on ne respecte pas les engagements convenus de donner accès aux soins en temps opportun.

Recommandation 11

- a) Que le système de santé du Canada élabore et applique des normes convenues sur l'accès aux soins en temps opportun et prévoie d'autres choix de soins – une «soupape de sûreté» – au Canada ou ailleurs si le système financé par l'État ne réussit pas à se conformer à ces normes.
- b) Que l'on procède de la façon suivante pour assurer que les gouvernements doivent rendre compte de la prestation en temps opportun de soins de qualité.
 - ?? Les gouvernements doivent d'abord établir, au sujet de la qualité et des périodes d'attente, des lignes directrices et des normes claires fondées sur des données probantes et que les patients, les prestataires et les gouvernements jugent raisonnables. Il faut établir un mécanisme tiers indépendant pour mesurer les périodes d'attente et d'autres dimensions de la qualité des soins de santé et pour en faire rapport.
 - ?? Deuxièmement, les gouvernements doivent établir une politique claire précisant que si le système de santé financé par le secteur public ne réussit pas à se conformer aux normes convenues et prescrites sur l'accès en temps opportun aux services de base, les patients doivent alors avoir accès à d'autres options qui leur permettront d'obtenir les soins requis par d'autres moyens. Dans de telles circonstances, le financement public de la province de résidence suivrait les patients, qui auraient en outre la possibilité d'acheter prospectivement de l'assurance pour couvrir toute éventuelle différence des coûts.

5.3 Santé publique

Le Canada a été un des premiers pays à reconnaître que la santé, c'est plus que les soins de santé. Dans *Une nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, document qu'il a publié en 1974 et qui a maintenant une réputation mondiale, l'honorable Marc Lalonde présentait le concept du domaine de la santé qui mettait l'accent sur le rôle des déterminants de la santé reliés à l'environnement et au style de vie.

On établit souvent un lien entre la santé publique et des mesures de prévention de la maladie comme l'eau potable, l'hygiène, l'enlèvement des ordures, les programmes de vaccination, les programmes de bonne santé des bébés ou de promotion d'habitudes de vie saines. Il s'agit de la réponse organisée de la société afin de protéger et de promouvoir la santé et de prévenir les maladies, les traumatismes et l'incapacité. La santé publique s'acquitte de sa mission par des efforts interdisciplinaires organisés qui visent à répondre aux préoccupations reliées à la santé physique, mentale et environnementale de la population exposée à la maladie et aux traumatismes. Ces efforts exigent de la coordination et de la coopération entre les particuliers, les gouvernements (fédéral, provinciaux, territoriaux et administrations municipales), des organisations communautaires et le secteur privé.

Faire passer les patients en premier signifie notamment veiller à ce que le système de santé puisse atteindre ses capacités maximales afin de faire face à des circonstances imprévues. Nous abordons plus en détail le besoin de cette «capacité de pointe» à la section 6.3.

Il y a longtemps que les médecins du Canada ont reconnu la valeur de la promotion de la santé et de la prévention des maladies et qu'ils les ont intégrés dans leur pratique. L'AMC et ses divisions et sociétés affiliées ont aussi été actives dans le domaine de la santé publique. Quant à elle, l'AMC a :

- ?? collaboré avec la Société Radio-Canada pour diffuser la première série d'émissions sur la santé publique;
- ?? été la première organisation à préconiser l'interdiction du tabac dans les avions;
- ?? créé un outil pour aider les médecins à déterminer l'aptitude médicale à conduire;
- ?? lancé une campagne afin de réduire les traumatismes causés par des accidents de la circulation (ceinture de sécurité, ivressomètre, etc.);
- ?? réalisé le Programme national du casque de sécurité du cycliste;
- ?? appuyé l'ajout d'avertissements sur les produits du tabac.

La santé publique est un domaine complexe et un examen complet et ouvert de la situation actuelle du système de santé public au Canada s'impose. En 1999, le vérificateur général a constaté que Santé Canada n'était pas préparé pour s'acquitter de ses responsabilités dans le domaine de la santé publique : la communication entre de multiples organismes était médiocre et les faiblesses du principal système de surveillance empêchaient de contrôler efficacement les maladies transmissibles, les maladies chroniques et les blessures. Il est impératif que divers ministères et secteurs coordonnent leurs efforts et communiquent efficacement pour en assurer la synergie et éviter le double emploi.

La capacité du secteur public des soins de santé de réaliser des programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé est insuffisante et sa capacité d'intervention varie d'un bout à l'autre du Canada. C'est parce que l'on manque de professionnels qui ont reçu la formation nécessaire et de fonds d'exploitation. Les gouvernements à tous les paliers doivent augmenter leur engagement afin d'assurer que des ressources humaines et une infrastructure suffisantes sont disponibles pour réagir aux problèmes de santé publique lorsqu'ils surgissent. Ce qui inclut l'expansion des programmes de formation en santé publique.

5. Définition du système public de soins de santé

Lorsque l'on a défini un problème de santé publique, il incombe aux professionnels du système d'utiliser des moyens efficaces pour le contrôler. Le système de santé public doit s'appuyer sur une infrastructure solide et viable afin de leur permettre de relever ces défis. Les grands problèmes de santé publique auxquels font face les Canadiens comprennent notamment les taux élevés d'obésité, le tabagisme et la consommation d'autres substances, les défis posés par la santé mentale, l'obligation d'assurer que l'environnement est propre et sécuritaire, ainsi que la prévention des traumatismes et de la violence.

La capacité de répondre du système de santé public à cet égard joue directement sur le mieux-être des Canadiens, autant que la capacité du système de soins actifs de réagir aux urgences médicales. Il ne faut toutefois pas investir dans les initiatives de santé publique au détriment des soins actifs et des soins de longue durée.

Depuis les années 70, l'Organisation mondiale de la santé et des gouvernements nationaux du monde entier accordent davantage d'attention à l'établissement de buts afin d'améliorer la santé publique et au contrôle des réalisations. Ils y consacrent aussi davantage d'efforts. Il est possible de citer de nombreux exemples aux États-Unis, en Angleterre et en Australie. Au Canada, même si le gouvernement fédéral n'a pas essayé de fixer de buts, plusieurs provinces ont entrepris un tel exercice.

On considère que les priorités ou les buts de la santé publique sont un atout pour un système de soins de santé parce qu'ils :

- ?? produisent une évaluation de base de la santé d'une population et offrent un système de suivi du changement;
- ?? encouragent l'élargissement et l'intensification des activités d'amélioration de la santé et accroissent l'efficacité et l'efficacités d'activités existantes;
- ?? facilitent l'évaluation de l'impact des activités d'amélioration de la santé;
- ?? favorisent l'unité de la raison d'être, l'organisation, la participation et l'esprit de collaboration par le consensus;
- ?? font mieux connaître les programmes de santé chez les responsables des politiques et dans le public et augmentent l'appui qu'on y accorde;
- ?? guident la prise des décisions et l'affectation des fonds.

Au cours de la réunion de septembre 2000, les premiers ministres ont pris plusieurs engagements pour améliorer la santé publique :

- ?? favoriser les services, les programmes et les politiques publics qui, au-delà des soins et des traitements, contribuent de manière essentielle à la santé et au mieux-être des Canadiens;
- ?? élaborer des stratégies et des politiques qui tiennent compte des déterminants de la santé et améliorent la prévention des maladies et la santé publique;
- ?? continuer de tenir compte des priorités clés pour le renouvellement des soins de santé et soutenir les innovations afin de répondre aux besoins actuels et nouveaux des Canadiens;
- ?? faire rapport régulièrement aux Canadiens sur leur état de santé, sur les résultats en matière de santé, sur le rendement des services de santé financés par les fonds publics et sur les mesures prises pour améliorer ces services.

Jusqu'à maintenant, les progrès sont malheureusement minimes.

Le Canada doit élaborer une stratégie afin de maintenir et de renforcer la capacité du système de santé public de prévenir les problèmes de santé publique, de les repérer et d'y réagir.

Recommandation 12

- a) Que les gouvernements pratiquent de saines politiques publiques en faisant des répercussions sur la santé la considération première de toute loi, politique ou directive.
- b) Que le gouvernement fédéral prévoie du financement de base pour aider les autorités provinciales et territoriales à améliorer la coordination des efforts de prévention, de détection des problèmes et d'intervention en matière de santé publique, chez les dirigeants des milieux de la santé publique, les éducateurs, les prestataires de services communautaires, les prestataires de services de santé au travail et les services d'urgence.
- c) Que les gouvernements investissent dans les ressources humaines, l'infrastructure et la formation nécessaires pour établir un système de santé public adéquat et efficace capable de prévenir les problèmes de santé publique, de les repérer et d'y réagir.
- d) Que les gouvernements entreprennent une étude immédiate de l'autosuffisance du Canada sur les plans de la prévention, de la détection des problèmes et des

5.4 Santé des Autochtones

En dépit d'améliorations à de nombreux égards, la santé des Premières nations, des Métis et des Inuits demeure moins bonne que celle de la population canadienne en général.

L'état de santé actuel des Autochtones du Canada est le produit d'un vaste éventail de facteurs. On reconnaît en général que pour améliorer leur état de santé, il faudra beaucoup plus que simplement augmenter la quantité des services de santé. Il faut s'attaquer aux causes sous-jacentes du problème : pauvreté, faible scolarisation, chômage et sous-emploi, exposition aux contaminants de l'environnement, logement insalubre, infrastructure et entretien non conformes, estime de soi faible et perte de l'identité culturelle, par exemple.

Il faut s'attaquer de façon intégrée à un problème d'une telle ampleur et d'une telle complexité et tous les intervenants des milieux de la santé, de l'administration publique et d'autres secteurs doivent collaborer dans le contexte d'un partenariat complet avec la communauté autochtone. Consciente de ce besoin, l'AMC a signé, en février 2002, une lettre d'intention avec l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) (annexe F) pour collaborer à des activités dans quatre domaines d'intérêt mutuel :

1. *Initiatives relatives aux effectifs* : Afin d'accroître le recrutement et le maintien des effectifs de médecins et d'autres professionnels de la santé, et en particulier de ceux qui sont de descendance autochtone, qui servent les communautés autochtones.
2. *Initiatives de recherche et d'amélioration de la pratique* : Afin de promouvoir la recherche sur les questions de santé des Autochtones et la transformation des résultats de recherche en pratique clinique efficace par des moyens comme la diffusion d'information sur les pratiques optimales et la création d'outils de pratique conviviaux.

5. Définition du système public de soins de santé

3. *Programmes de santé publique et de santé communautaire* : Afin d'aborder et d'élaborer des initiatives de promotion de modes de vie sains dans la communauté autochtone.
4. *Programmes de leadership* : Afin d'élaborer et de mettre en œuvre des initiatives de développement du leadership, y compris des programmes de mentorat, à l'intention des médecins autochtones.

Il est essentiel d'explorer ces domaines et d'autres encore pour améliorer l'état de santé des Autochtones afin de le porter au même niveau que celui du reste de la population canadienne.

Recommandation 13

Que le gouvernement fédéral adopte une stratégie intégrée afin d'améliorer l'état de santé des peuples autochtones, qui comportera un partenariat entre les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les universités et les communautés autochtones.

6. Investir dans le système de soins de santé

6.1 Ressources humaines de la santé

Les gouvernements doivent démontrer leur engagement envers le principe de l'autosuffisance dans la formation des médecins afin de répondre aux besoins médicaux de la population canadienne.

L'assurance ne veut rien dire sans l'accès qui, lui ne veut rien dire sans la disponibilité de professionnels de la santé. Il y a malheureusement des pénuries de ressources humaines dans diverses disciplines des soins de santé et les caractéristiques démographiques de la population canadienne et de chaque groupe de prestataires, ainsi que l'évolution des attentes du public, exacerberont ces pénuries.

La population en général vieillit. L'incidence de la maladie et de l'incapacité augmente chez les groupes plus âgés, ce qui alourdit les demandes imposées au système de santé. Par ailleurs, beaucoup de prestataires de soins de santé approchent de l'âge de la retraite. Dans nombre de cas, les professions n'accueillent pas suffisamment de jeunes pour remplacer ceux qui partiront bientôt.

Au cours des deux dernières décennies, l'augmentation du pourcentage des femmes médecins a représenté un des changements les plus frappants survenus dans les effectifs médicaux au Canada : en 1980, les femmes représentaient 32 % des diplômés en médecine, pourcentage qui avait atteint 50 % en 1996. Les femmes constituent maintenant 30 % des médecins actifs au Canada et leur pourcentage atteindra presque 40 % d'ici à la fin de la décennie. Même si d'autres recherches s'imposent, il est clair que les hommes et les femmes médecins ne pratiquent pas de la même façon. Lorsqu'on analyse le problème de l'offre des médecins, il faut tenir compte de l'évolution de la répartition selon les sexes.

Une population plus instruite et l'utilisation généralisée de sources d'information comme Internet contribuent à accroître le sentiment de pouvoir chez les patients, à hausser les attentes et à promouvoir le consumérisme. Ces facteurs alourdiront les pressions pour obtenir des services de santé de grande qualité. Même si nous encourageons les patients à s'informer, nous devons être prêts à répondre aux demandes supplémentaires que ce savoir accru imposera au système de santé, surtout en ce qui concerne l'offre de ressources humaines.

La crise des ressources humaines est un des problèmes les plus importants auxquels font face les soins de santé aujourd'hui. Il faut trouver des solutions aux nombreux problèmes précis qui rongent tous les groupes de prestataires de soins de santé. Le secteur des soins infirmiers doit relever un grand nombre des mêmes défis que les médecins, y compris l'attrition et «l'exode des cerveaux». Les pénuries de technologues de laboratoire et d'autres travailleurs du domaine de la santé qui appuient directement le travail des médecins compliquent la crise de l'accessibilité. Même s'il faut nous attaquer à tous ces problèmes afin de rendre notre système de santé viable pour l'avenir, le présent document porte avant tout sur les professionnels que l'AMC connaît le mieux et au sujet desquels elle a le plus d'expertise : les médecins.

6.1.1 Offre, formation et éducation continue

Il y a pénurie de médecins dans tous les domaines du continuum des soins de santé. Les principaux facteurs qui sous-tendent cette pénurie comprennent les caractéristiques démographiques des médecins (p. ex., âge et répartition selon les sexes), l'évolution des choix de style de vie et des niveaux de productivité (les attentes des jeunes médecins et des femmes diffèrent de celles des générations plus âgées) et l'insuffisance du nombre des diplômés que certains domaines de la médecine accueillent.

Les données de 2001 de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) indiquent que le Canada s'est classé 21^e sur 26 pays en ce qui concerne le ratio des médecins actifs par rapport à la population. Outre les facteurs qui jouent sur l'offre des médecins et que nous avons mentionnés ci-dessus, d'autres forces motrices du changement, comme l'innovation technologique et les technologies de l'information, alourdissent les pressions qui s'exercent sur une profession médicale déjà surmenée. Le rapport de l'OCDE indique en outre que des données empiriques montrent qu'il y a un lien étroit entre la diminution des effectifs médicaux et l'augmentation des taux de mortalité, compte tenu d'autres déterminants de la santé. En ce qui concerne l'espérance de vie des femmes et des hommes à la naissance, le Canada se classe toutefois au septième et au sixième rangs respectivement⁶. Il s'agit là d'un témoignage frappant des efforts que déploient les professionnels de la santé du Canada pour faire passer leurs patients en premier.

De plus en plus de Canadiens ressentent l'impact des pénuries généralisées de médecins lorsqu'ils sont incapables de trouver un médecin de famille ou qu'ils doivent attendre pour consulter un spécialiste. Les médecins eux-mêmes constatent qu'ils doivent consacrer moins de temps à la recherche, à l'enseignement et à l'éducation médicale continue afin de concentrer leurs efforts sur le soin direct des patients.

En novembre 1999, lorsqu'ils ont rencontré les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, le Forum médical canadien (FMC)⁷ et la Société de la médecine rurale du Canada ont présenté un rapport détaillé sur l'offre des médecins. Le rapport contenait cinq recommandations précises. L'AMC et les autres organismes membres du FMC se sont réjouis de voir que beaucoup de niveaux de compétence du Canada ont reconnu qu'il fallait augmenter l'inscription aux programmes de formation médicale de premier cycle, même si nous sommes encore loin des 2000 en 2000 proposés par le FMC.

Ces augmentations de l'inscription en médecine au niveau du premier cycle exigent du financement non seulement pour les postes mêmes, mais aussi pour l'infrastructure nécessaire (ressources humaines et matérielles) afin d'assurer une formation de grande qualité qui répond aux normes d'agrément nord-américaines. Il faut aussi prévoir des ressources nécessaires pour les augmentations concomitantes du nombre des postes de formation postdoctorale qui s'imposeront trois à quatre ans après l'entrée à la faculté de médecine. Ces postes s'ajoutent aux postes supplémentaires recommandés par le FMC dans son rapport de novembre 1999 qui sont nécessaires pour assouplir le système de formation postdoctorale, accroître la capacité de former des diplômés de facultés de médecine étrangères et augmenter les possibilités de réintégration pour les médecins qui ont déjà pratiqué.

Les augmentations importantes et l'escalade rapide des frais de scolarité des facultés de médecine du Canada préoccupent toujours énormément l'AMC. Des données de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) indiquent qu'en cinq ans à peine (1996 à 2001), les frais de scolarité en première année de médecine ont augmenté de 100 %. En Ontario, ils ont grimpé de 223 % au cours de la même période. L'aide financière aux étudiants sous forme de prêts et de bourses d'études n'a pas suivi cette flambée des frais de scolarité. Les incidences que ces augmentations auront sur les effectifs médicaux et sur le système de santé du Canada préoccupent particulièrement l'AMC.

Les frais de scolarité élevés auront de nombreuses répercussions : ils créent des obstacles à l'inscription aux facultés de médecine et menaceront la diversité socio-économique des futurs médecins qui serviront

⁶ Organisation de coopération et de développement économiques. *Panorama de la santé*. Paris, France : OCDE; 2001.

⁷ Le FMC regroupe l'AMC, l'Association des facultés de médecine du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, la Fédération canadienne des étudiants en médecine, l'Association canadienne des internes et des résidents, la Fédération des ordres des médecins du Canada, le Conseil médical du Canada et l'Association canadienne des institutions de santé universitaires.

le public. Ils aggravent aussi «l'exode des cerveaux» médicaux vers les États-Unis, où les nouveaux médecins peuvent rembourser beaucoup plus rapidement leurs dettes d'études importantes.

La formation médicale ne se termine pas avec l'obtention du titre de docteur en médecine. Cette étape marque en fait le début seulement de l'acquisition du savoir pour le médecin. Comme la nature de la médecine évolue constamment, le médecin doit se tenir au courant des technologies médicales émergentes, des nouveaux modes de traitement et des nombreux autres progrès. Au début des années 90, la sagesse conventionnelle indiquait que le savoir médical doublait aux cinq ans. Maintenant, on parle beaucoup plus souvent de moins de deux ans. Il est clair que l'éducation médicale continue (EMC) a un rôle croissant à jouer, comme le démontrent les exigences claires qui ont trait aux activités autodirigées afin de promouvoir le maintien de la certification à la fois chez les médecins de famille et chez les spécialistes. Il s'agit d'un domaine où les médecins ont toujours eu à se débrouiller en grande partie sans aide. L'AMC, elle, parraine l'Institut de gestion médicale qui donne de la formation aux médecins qui accèdent à des postes de leadership. Même si beaucoup d'associations médicales provinciales et territoriales ont négocié des services d'EMC avec leur gouvernement, il est essentiel d'appuyer les centres universitaires des sciences de la santé afin qu'ils augmentent leur capacité dans le domaine de l'EMC.

Au début de l'assurance-maladie, le gouvernement fédéral a joué un rôle de premier plan en bâtissant l'infrastructure de l'éducation en santé par l'entremise du Fonds pour les ressources en santé, qui a distribué 500 millions de dollars entre 1966 et 1980. Ce fonds devait aider les provinces à payer les coûts en immobilisations liés à la construction, à la rénovation et à l'acquisition d'établissements de formation en santé et d'institutions de recherche. Récemment, le gouvernement fédéral a appuyé la reconstruction de l'infrastructure de recherche universitaire en général par la Fondation canadienne de l'innovation, fonds de 800 millions de dollars annoncé dans le budget de 1997, et par les Chaires de recherche du Canada, programme de 900 millions de dollars annoncé dans le budget de 2000 pour appuyer la création de 2000 chaires de recherche en 2000. Le domaine de la santé sera un important bénéficiaire de ces fonds.

Compte tenu toutefois de la pénurie de professionnels de la santé que nous connaissons aujourd'hui et qui s'aggravera bientôt, ainsi que de la perspective de réduction de l'accès à la formation professionnelle à la suite de la montée des frais de scolarité, on a un besoin urgent de fonds fédéraux ciblés pour s'attaquer au problème sans tarder.

Recommandation 14

- a) Que le gouvernement fédéral établisse un Fonds d'éducation et de formation des ressources humaines en santé d'un milliard de dollars pour (1) augmenter davantage l'inscription en formation médicale prédoctorale et postdoctorale (y compris le nombre de postes de recyclage), (2) étendre l'infrastructure (ressources humaines et physiques) des 16 facultés de médecine du Canada afin qu'elles puissent accueillir l'inscription accrue et (3) améliorer les programmes d'éducation médicale continue.
- b) Que le gouvernement fédéral augmente le financement destiné aux établissements de formation postsecondaire afin d'alléger certaines des pressions qui font grimper les frais de scolarité.
- c) Que le gouvernement fédéral améliore les systèmes d'aide financière aux étudiants en médecine afin qu'ils soient (1) non coercitifs, (2) mis sur pied parallèlement à toute augmentation des frais de scolarité ou avant celle-ci, (3) directement proportionnels à l'augmentation des frais de scolarité et (4) fixés à des niveaux qui répondent aux besoins des étudiants.
- d) Que l'on intègre des incitatifs aux programmes d'éducation médicale afin d'assurer que suffisamment d'étudiants choisissent la discipline de la médecine où le besoin est le plus grand.

6.1.2 Maintien des effectifs médicaux et recrutement

Aussi importants que soient les investissements dans l'éducation médicale, ils ne commenceront à porter fruit sous forme d'augmentation de l'offre de médecins qu'à moyen et à long terme. À court terme, les pénuries de médecins de famille et de spécialistes persisteront et pourraient même s'aggraver. Il n'y a pas de solution miracle au problème : nous devons gérer de la meilleure façon possible. Ce qui signifie qu'il faut nous assurer de garder les médecins actuels actifs dans les communautés d'un bout à l'autre du Canada. Le roulement des médecins est un problème chronique tant en milieu rural qu'en milieu urbain. La perte d'un médecin dans une communauté a des répercussions très concrètes sur la continuité des soins. Il y a des coûts non quantifiés pour les patients, comme la détresse et les bouleversements, ainsi que pour les médecins qui restent et les communautés qui doivent s'adapter à la perte répétée de médecins précieux.

Le Canada est à la fois un exportateur et un importateur de médecins. L'Institut canadien d'information sur la santé suit les échanges dans les deux sens, principalement entre le Canada et les États-Unis. Depuis que l'on a commencé à établir des statistiques sur le sujet au cours des années 60, le Canada a été un exportateur net vers les États-Unis. Au milieu de la décennie 90, la perte nette a dépassé 400 médecins — ce qui équivaut à peu près à quatre promotions de nouveaux médecins. Depuis, la perte est tombée à 164 en 2000, total qui équivaut quand même à 1,5 promotion. Par contre, le Canada est un importateur net de médecins du reste du monde. Même si le total est plus difficile à quantifier, on estime que le Canada est un importateur net de 200 à 400 diplômés de facultés de médecine étrangères recrutés le plus souvent pour travailler dans des communautés rurales et éloignées.

Pour réagir à court terme à la pénurie de médecins, il faut notamment rapatrier des médecins du Canada qui travaillent à l'étranger et intégrer des diplômés qualifiés de facultés de médecine étrangères et d'autres fournisseurs. Le Canada doit reconnaître qu'il y a une pénurie mondiale de médecins — ainsi qu'un marché mondial pour nos services. Ce n'est pas en recrutant de façon généralisée et organisée des médecins de l'étranger, et en particulier de pays eux aussi aux prises avec une pénurie, qu'il faut résoudre les problèmes de ressources humaines de la santé du Canada⁸.

Recommandation 15

- a) Que les gouvernements et les collectivités fassent tous les efforts possibles pour garder les médecins canadiens au Canada, par des méthodes non coercitives, et pour optimiser l'utilisation des ressources humaines actuelles de la santé afin de répondre aux besoins des communautés canadiennes dans le domaine de la santé.
- b) Que le gouvernement fédéral collabore avec d'autres pays pour réglementer et coordonner équitablement à l'échelle internationale la mobilité des ressources humaines de la santé.
- c) Que les gouvernements adoptent un énoncé de principe qui reconnaisse la valeur des effectifs de la santé dans la prestation de soins de qualité, ainsi que le besoin d'offrir de bonnes conditions de travail, une rémunération concurrentielle et des possibilités de perfectionnement professionnel.

6.1.3 Le besoin d'une planification intégrée des ressources humaines de la santé

La planification des ressources humaines du secteur de la santé est complexe. L'AMC cherche à dégager, au sein de la profession médicale, un consensus sur d'importantes initiatives de programme et de politique portant sur l'offre, la composition et la répartition des effectifs médicaux et à collaborer avec des intervenants importants pour définir et évaluer des enjeux d'importance mutuelle.

La planification de la prestation de services par un vaste éventail de prestataires afin de répondre aux besoins changeants dans le domaine de la santé devrait viser avant tout à placer les bons fournisseurs aux bons endroits pour faire les bonnes choses. Il faut d'abord déterminer l'offre, la composition et la répartition nécessaires des effectifs médicaux, ce qui aidera à mettre au point une évaluation semblable pour tous les autres prestataires. La planification des ressources doit reposer sur les besoins des Canadiens dans le domaine des soins de santé et non être dictée par le coût.

L'AMC a mis au point des principes et des critères pour définir les champs de pratique. On vise avant tout à répondre aux besoins dans le domaine des soins de santé et à servir les intérêts des patients et du public de façon sécuritaire, avec efficacité et compétence. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada

⁸ Voir par exemple, *Melbourne Manifesto: A Code of Practice for the International Recruitment of Health Care Professionals*, qui a été adopté au cours de la 5^e Conférence mondiale de la Wonca sur la santé rurale en mai 2002. Le manifeste impose à chaque pays la charge de former suffisamment de professionnels de la santé pour répondre à ses propres besoins (www.wonca.org).

et l'Association des pharmaciens du Canada ont approuvé ces principes et ces critères (dont la liste suit). L'annexe G contient plus de détails.

Principes et critères de détermination des champs de pratique	
Principes :	Critères :
?? Point de convergence	?? Imputabilité
?? Flexibilité	?? Éducation
?? Collaboration et coopération	?? Compétences et normes de pratique
?? Coordination	?? Assurance-qualité et amélioration
?? Choix pour le patient	?? Évaluation du risque
	?? Pratique factuelle
	?? Contexte et culture
	?? Responsabilité devant la loi et assurance
	?? Réglementation

L'AMC demeure sensible aux réalités des provinces et des territoires du Canada en ce qui a trait au fait que la planification des ressources humaines de la santé passe par l'évaluation et la mise en œuvre à l'échelon local ou régional. On a toutefois besoin d'une entité nationale pour élaborer et coordonner des initiatives de planification des ressources humaines de la santé.

Recommandation 16

- a) Que l'on établisse un organisme national multilatéral où seront représentés les professions de la santé et tous les paliers de gouvernement et qui sera chargé d'élaborer des stratégies intégrées de gestion des ressources humaines de la santé, de fournir des outils de planification à utiliser à l'échelon local et de surveiller continuellement l'offre, la composition et la répartition des effectifs.
- b) Que l'on définisse les champs de pratique de façon à servir les intérêts des patients et de la population en toute sécurité, de façon efficiente et avec compétence.

6.2 Infrastructure immobilisée

Une infrastructure immobilisée sous-développée — briques, mortier et outils — exacerbe la crise des ressources humaines de la santé. Le problème met sérieusement en danger l'accès en temps opportun à des soins de qualité dans le système de soins de santé.

Dans son document de travail de 2001 intitulé *Les soins spécialisés au Canada*, l'AMC a indiqué qu'on n'avait pas investi suffisamment dans les édifices, les machines et le matériel, ainsi que dans les appareils scientifiques, professionnels et médicaux. Les dépenses que les gouvernements provinciaux et territoriaux ont consacrées à la construction, aux machines et au matériel pour des hôpitaux, des cliniques, des postes de secourisme et des installations de soins résidentiels sont demeurées en moyenne à 16,5 % au-dessous du sommet atteint en 1989. Plus précisément, les immobilisations réelles consacrées à la construction d'édifices neufs ont diminué de 5,3 % par année entre 1982 et 1998. Les investissements consacrés aux machines et au matériel hospitaliers neufs ont diminué de 1,8 % par année entre 1989 et 1998. En 1998, les dépenses que les hôpitaux ont consacrées aux appareils scientifiques, professionnels et médicaux avaient diminué de presque 17 % au-dessous des niveaux de 1994.

Pendant qu'on imposait ces compressions, d'importantes innovations en technologie médicale étaient mises en service dans le monde entier. Même si les hôpitaux dispensent toujours la majeure partie des services de soins actifs, que les patients y soient hospitalisés ou traités en service externe, le matériel nécessaire ne suit pas l'évolution des technologies nouvelles, les besoins des patients dans le domaine de la santé et l'augmentation et le vieillissement de la population. Le matériel et les machines du secteur hospitalier sont désuets parce qu'on manque de capitaux pour les remplacer.

Sans un accès en temps opportun aux technologies courantes et nouvelles dans le domaine de la santé, les Canadiens risquent de voir les maladies progresser sans contrainte, leur stress et leur inquiétude au sujet de leur état de santé s'accroître et, peut-être même, de mourir prématurément. Entre-temps, la société supporte les coûts directs et indirects associés à l'accès en retard.

Le 11 septembre 2000, le gouvernement fédéral a annoncé un nouveau transfert d'un milliard de dollars aux provinces et aux territoires pour acheter du matériel médical neuf. À la suite d'une analyse récente, l'AMC a constaté qu'un peu plus de la moitié du fonds a été dépensée comme prévu (annexe H). On ne sait toujours pas ce qu'est devenu le reste du fonds.

Les gouvernements attribuent une priorité moindre aux immobilisations lorsqu'ils affectent des ressources financières aux soins de santé. Il ne suffira pas simplement de remettre à niveau l'infrastructure de la santé du Canada : il faudra aussi s'engager à y consacrer un financement continu afin d'entretenir le matériel. Ce qui oblige en retour à tenir continuellement un inventaire pour les besoins du remplacement périodique.

Il se peut donc que des hôpitaux doivent trouver des moyens innovateurs de financer l'infrastructure immobilisée. L'AMC est d'accord avec d'autres organisations comme l'Association canadienne des soins de santé au sujet du besoin d'explorer la possibilité d'établir des partenariats publics-privés (P3) pour répondre aux besoins en infrastructures immobilisées plutôt que de compter sur le financement de l'État. Les coentreprises et les obligations hospitalières sont deux exemples seulement de financement P3.

Recommandation 17

- a) Que les hôpitaux et d'autres établissements de soins de santé dressent un inventaire coordonné de l'infrastructure immobilisée afin de fournir au gouvernement une évaluation exacte des appareils et du matériel.
- b) Que le gouvernement fédéral établisse un fonds ponctuel de rattrapage pour rétablir l'infrastructure immobilisée à un niveau acceptable. (Voir recommandation 4b.)
- c) Que les gouvernements s'engagent à fournir un financement continu et suffisant pour l'infrastructure immobilisée.
- d) Que l'on explore des partenariats publics-privés (P3) comme autres sources viables de financement des investissements dans l'infrastructure immobilisée.

6.3 Capacité de pointe

Pour faire passer les patients en premier, il faut notamment s'assurer que le système de santé est capable de pousser plus loin sa capacité de faire face aux circonstances imprévues, que l'on contrôle la qualité du système, qu'une indemnisation est disponible en cas de préjudices non intentionnels et que l'on respecte la vie privée des patients et le caractère confidentiel de leurs renseignements.

Les événements tragiques du 11 septembre 2001, suivis de près par la distribution de charbon par la poste aux États-Unis, ont constitué un tragique rappel de la nécessité de disposer en tout temps d'une solide infrastructure de santé publique. Comme les événements l'ont démontré de façon très percutante, nous n'avons pas le luxe d'avoir le temps de nous préparer à de tels événements. Même s'il est impossible de prévoir toutes les urgences, il est possible d'établir certains scénarios et de s'y préparer. Pour réussir, toutes les communautés doivent maintenir une infrastructure uniforme de santé publique afin d'assurer que toute la population canadienne est protégée contre les menaces à la santé.

Outre les menaces de l'extérieur, le système de santé public du Canada doit aussi faire face à des problèmes intérieurs comme les maladies d'origine environnementale (l'asthme, par exemple), les maladies transmises sexuellement et la grippe, notamment. Même avant la menace posée par le bioterrorisme, la capacité de l'infrastructure de faire face à de multiples crises préoccupait les spécialistes de la santé publique du Canada.

Comme notre réseau électrique, notre système national de santé doit avoir une capacité de pointe qui permette aux hôpitaux d'ouvrir des lits, d'acheter plus de fournitures et de mobiliser les professionnels de la santé dont ils auront besoin pour répondre au besoin. Dans son mémoire prébudgétaire de 2001, l'AMC présente des recommandations détaillées sur la question (annexe I).

Recommandation 18

Qu'en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les gouvernements d'autres pays, le gouvernement fédéral veille à la mise en place d'un solide système d'intervention d'urgence disposant d'un financement suffisant afin d'améliorer la capacité de pointe.

6.4 Technologie de l'information

Le débat récent sur l'avenir du système de santé a porté en grande partie sur la nécessité d'en améliorer l'adaptabilité et l'intégration globale. Un ingrédient critique de la revitalisation du système porte sur les technologies de l'information (TI) et les systèmes d'information (SI) dont les médecins et les autres professionnels de la santé doivent disposer. Des réseaux efficaces et efficaces faciliteront l'intégration et la coordination des soins et amélioreront la gestion de l'information clinique.

Même si les soins de santé sont à forte teneur en information, il a en général fallu du temps aux systèmes de soins de santé du Canada et de l'étranger pour adopter les TI. D'autres secteurs de l'économie investissent énormément dans les TI/SI depuis des décennies et en ont tiré des avantages énormes sur les plans de l'efficacité et du service à la clientèle.

Il faut considérer les TI comme un «investissement social» dans l'acquisition du savoir. Les patients en bénéficieront à cause de réductions possibles des taux de mortalité/morbidité attribuables aux diagnostics et aux traitements erronés, ainsi que de la réduction des erreurs de médication grâce à l'accès à des bases de données en direct sur les médicaments, et de l'élimination jusqu'à un certain point des ordonnances manuscrites. Les TI permettront d'avoir un meilleur accès à des services de diagnostic et à des bases de données en direct comme les guides de pratique clinique qui sont largement disponibles mais sous-utilisés. L'amélioration de la surveillance et de l'éducation des patients (par ex. bibliothèques électroniques) permettra de mieux promouvoir la santé et de mieux prévenir les maladies, et il y aura amélioration de la prise de décisions par les prestataires et les patients. Ces avantages constituent un sous-ensemble seulement des avantages que pourraient en tirer les Canadiens.

On consacre actuellement beaucoup d'efforts à la mise au point du dossier médical électronique (DME) sécurisé contenant des détails sur tous les services de santé fournis à un patient. Le DME ne fournira pas d'information nouvelle sur les patients : il rendra simplement l'information existante plus facile d'accès pour le médecin ou pour le prestataire de soins de santé compétent. Le DME en est encore à ses premiers pas. Après l'avoir mis en œuvre, il faudra y ajouter constamment de l'information en commençant par les renseignements les plus fondamentaux sur le patient et en faire éventuellement un dossier complet où seront consignés tous les contacts du patient avec le système de soins de santé — sans oublier nos mesures législatives visant à protéger la vie privée et l'accès non justifié.

On reconnaît en général dans l'industrie que 4 à 5 % du budget est un objectif raisonnable en ce qui concerne les dépenses en technologie de l'information. On admet aussi en général qu'au Canada, le secteur des soins de santé est loin d'atteindre cet objectif. Dans le cadre de l'Accord sur la santé conclu en septembre 2000, le gouvernement fédéral a investi 500 millions de dollars pour créer l'Inforoute santé du Canada qui est chargée d'accélérer l'élaboration et l'adoption de systèmes modernes de TI comme le dossier électronique du patient. Cet investissement réjouit l'AMC, qui signale toutefois que l'acompte de 500 millions de dollars ne représente qu'une fraction des 4,1 milliards de dollars qu'il en coûterait, selon

les estimations de l'AMC, pour brancher entièrement le système de santé du Canada. Les gouvernements de provinces et de territoires vont aussi de l'avant avec le développement des TI dans les soins de santé, mais il leur faut plus d'aide financière.

L'AMC est prête à jouer un rôle de partenaire pivot en obtenant l'acceptation et la collaboration des médecins et d'autres prestataires de soins de santé dans le contexte d'un processus multilatéral. À cette fin, l'AMC a élaboré des principes sur la promotion du DME (annexe J). La participation de l'AMC constituerait un facteur critique de réussite en aidant le gouvernement fédéral à faire d'un système de santé branché un but réalisable au cours des prochaines années.

Recommandation 19

Que le gouvernement fédéral effectue un investissement national supplémentaire important et soutenu dans la technologie de l'information et les systèmes d'information afin d'améliorer l'état de santé des Canadiens, ainsi que l'efficacité et l'efficacités du système de santé.

Recommandation 20

Que les gouvernements adoptent des normes nationales pour faciliter la collecte, l'utilisation et l'échange d'information électronique sur la santé, tout en veillant à ce que prime la préoccupation de protection de la vie privée et de la confidentialité des renseignements personnels des patients.

6.5 Recherche et innovation

La recherche et l'innovation dans le secteur de la santé produisent un éventail en pleine expansion de traitements et de thérapies qui améliorent la qualité de vie et prolongent la vie : produits pharmaceutiques, chirurgie et génome humain, notamment. La recherche sur la santé entraîne des retombées économiques, sociales et sanitaires importantes pour la société. Elle :

- ?? crée des emplois à base de savoir et de grande qualité qui sont le moteur de la croissance économique;
- ?? appuie les établissements d'enseignement d'un bout à l'autre du Canada et aide à former des nouveaux professionnels de la santé dans les technologies et les techniques de pointe de la santé;
- ?? appuie la prestation des soins de santé et joue un rôle clé dans le maintien de centres d'excellence en soins hautement spécialisés;
- ?? débouche directement sur de meilleures façons de traiter les patients et de promouvoir une population en meilleure santé.

Au Canada, la recherche en santé est effectuée par un éventail d'organisations publiques, bénévoles et privées et le gouvernement fédéral est le principal intervenant dans le domaine de la recherche financée par le Trésor. Plusieurs provinces ont leurs propres organismes subventionnaires de la recherche en santé.

Les organismes de bienfaisance du domaine de la santé au Canada jouent un rôle important en finançant des recherches sur toute une gamme de maladies et de problèmes. L'industrie pharmaceutique, et en particulier les entreprises qui offrent des produits de marque, investit des sommes énormes dans la mise au point de nouveaux médicaments.

Des investissements fédéraux récents ont commencé à revitaliser la capacité de recherche en santé du Canada. La création des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) a doté le Canada d'un organisme subventionnaire moderne qui intègre la recherche biomédicale, la recherche clinique, ainsi que la recherche sur les services de santé et sur la santé de la population. On a lancé de nouveaux programmes afin d'attirer des scientifiques de calibre mondial, de moderniser l'infrastructure et le matériel de recherche et d'appuyer la recherche en génomique.

En dépit de ces investissements importants, le Canada demeure l'avant-dernier des pays du G7 en ce qui concerne le financement accordé à la recherche sur la santé. Les National Institutes of Health des États-Unis ont un budget 50 fois plus élevé que celui des IRSC pour une population 10 fois plus nombreuse seulement que celle du Canada. D'autres pays augmentent leur investissement dans la recherche en santé pour suivre le rythme. Si le Canada veut améliorer sa position face à nos concurrents clés, le gouvernement doit établir un plan d'augmentation de son investissement dans la recherche en santé pour le porter à des niveaux concurrentiels sur la scène internationale.

L'investissement fédéral dans la recherche en santé s'établit actuellement à environ 0,5 % du total des dépenses de la santé. On s'entend en général dans les milieux de la santé pour affirmer qu'il faudrait le porter à au moins 1 %.

Recommandation 21

Que le gouvernement fédéral augmente son investissement dans la recherche en santé pour le porter à au moins 1 % des dépenses nationales de santé.

7. Financement du système de santé

Les contributions des gouvernements au financement du système de santé du Canada devraient appuyer la viabilité à long terme du système et la prestation de soins de santé de grande qualité à tous les Canadiens.

La contribution des gouvernements à l'assurance-maladie devrait promouvoir une plus grande imputabilité publique, la transparence et l'établissement d'un lien entre les sources et leur utilisation.

Des changements du financement du système de santé ont joué un rôle central dans la crise de l'assurance-maladie. Les compressions budgétaires importantes et imprévisibles aux échelons tant fédéral que provincial-territorial ont désorganisé la planification et la prestation d'un éventail de services très complexes. Des coûts de soins de santé auparavant pris en charge par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie ont été transférés graduellement aux particuliers («privatisation passive»), rendant ainsi de plus en plus vulnérables ceux qui n'ont pas d'assurance privée. Les preuves de la longueur inacceptable des périodes d'attente pour recevoir des traitements et de la médiocrité de l'accès aux services s'accumulent, ce qui met en évidence les risques reliés à un système à payeur unique qui ne rend pas suffisamment compte de l'accès aux soins en temps opportun et de leur accessibilité. Conjugués aux disputes constantes sur le financement entre le fédéral et les provinces et les territoires, les problèmes croissants d'accès et la chute du moral chez les prestataires ont rongé la confiance du public à l'égard du système. **Le message des premières lignes est clair : la gestion ne permettra pas à elle seule de remettre le système de soins de santé sur la voie de la viabilité.**

À mesure que l'on renouvellera l'assurance-maladie, il sera essentiel de moderniser le cadre financier qui le sous-tend en tenant compte des multiples objectifs stratégiques servis par les mécanismes de financement de la santé.

Les mécanismes de financement de la santé : 10 objectifs stratégiques

1. Financement stable et durable
2. Mise en commun des risques
3. Équité (entre sous-groupes de la population, entre régions)
4. Utilisation responsable
5. Simplicité administrative
6. Transparence et imputabilité
7. Choix
8. Efficience
9. Satisfaction des besoins courants
10. Équité entre les générations

La section 3.3.2 présente les changements que nous recommandons d'apporter à la législation régissant les transferts fédéraux aux provinces et aux territoires. Afin de rétablir le partenariat fédéral-provincial-territorial dans le domaine de la santé, nous recommandons de bloquer pendant cinq ans la contribution fédérale au système de santé public et d'y intégrer un mécanisme d'indexation relié à la hausse du PIB pour la porter à un niveau cible de 50 % des dépenses consacrées aux services de base. Nous recommandons aussi que le gouvernement fédéral établisse des fonds ponctuels spéciaux afin de répondre à un certain nombre de problèmes urgents.

Compte tenu de la responsabilité que la Constitution leur accorde dans le domaine des soins de santé, les provinces et les territoires continueront de jouer le rôle de premier plan en réglementant le financement public consacré aux soins de santé. Lorsqu'on aura déterminé le panier des services de base en procédant de la façon décrite à la section 5.1, les provinces et les territoires devront engager un financement suffisant pour assurer que les services sont disponibles et accessibles en temps opportun.

L'engagement financier des provinces et des territoires sera donc l'élément moteur de la contribution de 50 % du gouvernement fédéral. Sans compter qu'ils fourniront la moitié du financement public des services de base, les provinces et les territoires pourront aussi financer des services de santé supplémentaires en sus du panier national minimum de services de base, un peu comme c'est actuellement le cas.

Même si un financement suffisant et stable des soins de santé est impératif au niveau fédéral, il est tout aussi important à celui des provinces et des territoires. Il faut aussi bloquer pendant cinq ans l'engagement pris par les gouvernements provinciaux et territoriaux de financer les services de base et l'indexer en fonction des caractéristiques démographiques de la population de la province, ainsi que de l'inflation.

Pour assurer la stabilité, il faut aussi un tampon afin de protéger les budgets provinciaux et territoriaux consacrés à la santé contre les fluctuations du cycle économique. Le programme fédéral de stabilisation fiscale indemnise actuellement les provinces si leur revenu diminue considérablement d'une année à la suivante à cause de changements de la conjoncture économique. Ce programme n'est toutefois pas spécifique à la santé et n'entre en vigueur que lorsque les revenus des provinces diminuent de plus de 5 %. Il est aussi financé à même le Trésor, ce qui le rend encore plus vulnérable aux facteurs économiques et politiques. Une façon plus solide de garantir la stabilité du financement public consacré aux soins de santé consisterait à créer un fonds de prévoyance autonome auquel tous les gouvernements contribueraient. Les excédents budgétaires seraient versés à ce fonds en période de forte croissance économique et pourraient servir pendant les périodes moins prospères lorsque les gouvernements voient diminuer leur capacité budgétaire.

Recommandation 22

- a) Que l'engagement pris par les gouvernements provinciaux et territoriaux de financer les services de base soit bloqué pendant une première période de cinq ans et indexé en fonction des caractéristiques démographiques de la population et de l'inflation.
- b) Que les gouvernements établissent un fonds de prévoyance réservé à la santé afin d'atténuer les effets des fluctuations du cycle économique et de stabiliser davantage le financement des soins de santé.

8. Organisation et prestation des services

8.1 Le continuum des soins médicaux

On a tendance à diviser les soins médicaux en deux catégories : les soins primaires et les soins spécialisés. Il faut toutefois reconnaître que les soins médicaux et les soins de santé englobent un vaste éventail de services qui varient de la prévention primaire aux soins hautement spécialisés. Les soins primaires et spécialisés sont à ce point interdépendants qu'il ne faudrait pas entreprendre une réforme de l'un de ces groupes de soins avant d'en avoir examiné les répercussions dans le reste du continuum.

Recommandation 23

Que tout effort visant à modifier l'organisation ou la prestation des soins médicaux tienne compte de son impact sur l'ensemble du continuum des soins.

8.1.1 Services de soins primaires

Au cours des dernières années, plusieurs commissions et groupes de travail gouvernementaux ont préconisé dans leurs rapports une réforme des soins primaires. Les thèmes communs de ces documents comprennent les suivants : améliorer la continuité des soins (y compris offrir une couverture 24/7), remplacer la rémunération à l'acte des médecins par d'autres modes de paiement, accorder davantage d'importance à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, et adopter des modèles d'équipes composées d'infirmières praticiennes et d'autres prestataires de soins de santé collaborant avec les médecins.

Les gouvernements y ont répondu en lançant des projets pilotes afin d'évaluer différents modèles de prestation des soins primaires. Il est crucial d'évaluer ces projets avant de les généraliser sur une plus grande échelle et de tenir compte des répercussions de leur mise en œuvre dans tout le système. Même si certaines administrations ont lancé des propositions ambitieuses afin de modifier la structure des soins primaires et la rémunération des médecins, l'AMC exhorte la Commission à ne pas considérer la réforme des soins primaires comme une panacée à tous les problèmes de l'assurance-maladie. Il ne faut pas utiliser la réforme des soins primaires comme prétexte pour modifier le mode de rémunération des médecins et la réforme ne devrait pas non plus viser avant tout à recourir au fournisseur le moins coûteux. Le besoin du patient devrait primer.

Toute modification de la prestation des soins primaires devrait respecter les principes suivants :

?? *Tous les Canadiens doivent avoir accès à un médecin de famille.*

?? *Il n'y a pas un modèle unique qui répondra aux besoins en matière de soins primaires de toutes les communautés dans toutes les régions du pays.*

Il est impossible de réussir le renouvellement du processus de prestation des soins de santé primaires sans s'attaquer à la pénurie de médecins de famille et d'omnipraticiens. Il n'y a pas que le vieillissement des effectifs médicaux et les changements des styles de vie et de la productivité qui jouent sur l'offre de ces médecins : la popularité des soins primaires comme choix de carrière chez les diplômés en médecine est aussi à la baisse. Selon le Service canadien de jumelage des résidents (SCJR), en 1997, 10 % seulement des postes encore vacants après la première série de jumelage de résidents se trouvaient en médecine familiale. En 2000, le pourcentage des postes vacants en médecine familiale après le premier jumelage a

atteint son point culminant à 57 %. Il s'est stabilisé depuis à presque 50 %. De plus, avant 1994, le nombre des diplômés qui choisissaient la médecine familiale dépassait celui des postes disponibles. Depuis, c'est le contraire : il y a constamment moins de diplômés qui choisissent la médecine familiale qu'il y a de postes disponibles⁹.

Le changement survenu en 1993 dans le programme de résidence, à la suite duquel les diplômés ne peuvent plus effectuer un stage de première année en médecine familiale et choisir ensuite de continuer dans le programme de médecine familiale ou de passer à une spécialité, a peut-être joué un rôle majeur dans cette tendance. Maintenant, tout diplômé qui choisit la médecine familiale est engagé dans le programme. Le changement spectaculaire du nombre de diplômés choisissant la médecine familiale qui est survenu en 1994 est probablement attribuable à l'hypothèse selon laquelle il est plus facile de passer d'une spécialité à la médecine familiale que l'inverse.

L'incertitude qui règne au sujet de l'avenir des soins primaires à cause de ces efforts constants de réforme a aussi contribué à la baisse de popularité de la médecine familiale chez les diplômés en médecine. Il faut s'efforcer de supprimer ces obstacles perçus afin de pouvoir répondre aux besoins du public en services de soins primaires.

Les équipes multidisciplinaires, officielles et autres, sont maintenant monnaie courante dans les soins primaires. On comptera probablement de plus en plus sur les équipes à cause de la complexité accrue des soins, de la croissance exponentielle des connaissances, de la plus grande importance accordée à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, ainsi que du choix des patients et des prestataires. Même si elles sont souhaitables, les équipes de soins primaires — constituées de médecins, d'infirmières, de pharmaciens, de diététistes, notamment — coûteront plus cher au système, et non pas moins cher, que la démarche traditionnelle de rémunération à l'acte du médecin. Le financement de ces initiatives ne doit pas se faire au détriment de la prestation des soins aux malades. Il faut considérer les coûts supplémentaires des équipes de soins primaires, y compris la technologie de l'information (TI) et les systèmes d'information (SI), comme un investissement dans la santé de la population canadienne. (Il faut aussi mettre les possibilités offertes par les TI et les SI à la disposition de tous les médecins, sans égard à leur mode de rémunération ni à leur mode de pratique.)

Même si les équipes multidisciplinaires peuvent offrir un plus vaste éventail de services, pour la plupart des Canadiens, l'accès à un médecin de famille comme prestataire central de tous les soins médicaux primaires constitue une valeur de base. Comme l'a indiqué le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) dans le mémoire qu'il a présenté à la Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada, le médecin de famille est la première ressource que plus de 90 % des Canadiens consultent dans le système de santé. Le CMFC a aussi signalé qu'un récent sondage Decima réalisé pour le compte du Collège des médecins de famille de l'Ontario a révélé que 94 % des gens conviennent qu'il est important d'avoir accès à un médecin de famille qui assure la prestation de la plupart des soins et coordonne les soins qu'offrent les autres intervenants¹⁰.

Un médecin de famille comme coordonnateur central des services médicaux favorise l'utilisation efficiente et efficace des ressources. Cela favorise aussi la continuité des soins, puisque le médecin de famille a généralement établi, avec ses patients et les membres de leur famille, une relation continue qui

⁹ Service canadien de jumelage des résidents. *Rapport sur le jumelage pour le PGY-1 2002*. Histoire de la médecine familiale comme choix de carrière des diplômés canadiens. [http://www.carms.ca/stats/stats_index.htm]. Ottawa : SCJR; 2002.

¹⁰ Collège des médecins de famille du Canada. *Façonner l'avenir des soins de santé : Mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa : CMFC; le 25 octobre 2001.

lui permet de les orienter à l'intérieur du système de façon à ce qu'ils reçoivent les soins nécessaires du prestataire compétent.

Le Canada a un des meilleurs systèmes de soins primaires du monde, mais il est possible de l'améliorer en intégrant et coordonnant mieux les soins. Il faut à cette fin investir pour accroître la qualité et la productivité par l'amélioration des TI et de la connectivité afin d'appuyer les médecins dans leur rôle élargi de fournisseurs d'information, de coordonnateurs et d'intégrateurs de soins, et d'appuyer les soins intégrés dispensés par les équipes de soins primaires.

Recommandation 24

- a) Que les gouvernements collaborent avec les associations médicales des provinces et des territoires et d'autres intervenants pour s'appuyer sur les réussites des projets évalués portant sur les soins primaires afin de mettre au point tout un éventail de modèles de soins primaires qui :
 - ?? conviendraient à tous les contextes géographiques;
 - ?? comporteraient des critères d'implantation de projets pilotes à plus grande échelle, par exemple, l'efficacité des coûts, la qualité des soins et la satisfaction des patients et des prestataires.
- b) Que les médecins de famille demeurent les prestataires et les coordonnateurs centraux de l'accès en temps opportun aux services médicaux financés par l'État afin d'assurer l'intégralité et l'intégration des soins, et que suffisamment de ressources soient disponibles pour le permettre.

8.1.2 Services de soins spécialisés

La réforme des soins primaires a attiré la majeure partie de l'attention au cours des dernières années. D'innombrables rapports faisant état d'une crise majeure dans le domaine de la prestation des soins primaires ont rejeté dans l'ombre les problèmes qui sévissent dans d'autres secteurs du continuum des soins de santé. Il y a, par exemple, une grave pénurie de médecins en soins spécialisés au niveau généraliste. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada signale que le tiers des chirurgiens généraux ont 55 ans ou plus et que le nombre des chirurgiens généraux qui prennent leur retraite dépasse de presque 40 % celui des nouveaux diplômés des facultés de médecine¹¹.

Le Canada ne peut se permettre de continuer d'oublier ce segment clé du continuum des soins. Un effort concerté s'impose pour rendre les spécialistes des soins secondaires plus visibles et encourager les étudiants en médecine à se lancer dans des spécialités générales.

Les progrès des soins hautement spécialisés et de la technologie ont exercé des pressions de plus en plus lourdes au niveau tertiaire du système de soins de santé pour qu'il dispense des soins du niveau le plus élevé possible. La prestation des soins tertiaires au niveau auquel les Canadiens sont habitués est impossible à maintenir et de tels soins tertiaires ne peuvent être disponibles dans toutes les régions du pays. D'autres modes de prestation et de réception de soins spécialisés de haut niveau s'imposent et sont inévitables à la fois. Le vieillissement de la population, les défis posés par la géographie du Canada, les

¹¹ Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Health care renewal through knowledge, collaboration, and commitment*. Ottawa : CRMCC; le 31 octobre 2002.

technologies très coûteuses en expansion rapide et l'absence de masse critique de prestataires de soins de santé hautement spécialisés nous obligent à changer notre façon de penser.

Le système de santé a atteint le point où certains types de soins ne sont ni universellement ni facilement disponibles. La pénurie de spécialistes et le coût élevé de la technologie et des produits pharmaceutiques exacerberont la situation. Le défi de l'avenir consiste à concevoir des systèmes de prestation reposant sur une série de centres d'excellence régionaux, sans laisser tomber le concept de l'accès «raisonnable». Pendant que l'on réaligne ces services hautement spécialisés entre les provinces, il faut aussi rajuster les ressources pour permettre et indemniser le déménagement de prestataires et assurer que les patients ont un accès équitable au traitement.

Au cours de leur réunion de janvier 2002 à Vancouver, les premiers ministres ont reconnu que certains types d'interventions chirurgicales et d'autres interventions médicales sont pratiquées peu souvent et que chaque province et territoire ne peut acquérir et maintenir l'expertise nécessaire. S'inspirant de l'expérience des trois territoires du Canada et de la région de l'Atlantique, ils ont convenu de mettre en commun des ressources humaines et matérielles en créant des centres d'excellence dans des domaines comme la chirurgie cardiaque en pédiatrie et la neurochirurgie au scalpel gamma. Il devrait en découler une amélioration des soins dispensés aux patients et une utilisation plus efficace des budgets consacrés aux soins de santé. Au niveau provincial-territorial, cette stratégie est à l'origine de centres et d'hôpitaux régionaux auxquels on a confié la responsabilité de programmes et de services provinciaux et territoriaux.

L'adoption de la télémédecine et de technologies de télésanté qui permettra de consulter rapidement ou d'échanger des renseignements diagnostiques électroniques (p. ex., imagerie), ainsi que la téléconsultation et le télétraitement, pourront appuyer encore davantage le concept des centres d'excellence.

Il deviendra de plus en plus pertinent sur le plan stratégique de déterminer où les soins sont disponibles — étant donné particulièrement que l'on pourrait déléster des coûts comme les frais de déplacement et le manque à gagner sur les patients et les membres de leur famille. Des efforts s'imposeront pour optimiser l'utilisation de services spécialisés rares, améliorer les soins et la disponibilité, assurer la continuité et relever le moral des prestataires.

Dans l'intérêt des soins de qualité, de la sécurité des patients et de l'utilisation économique de ressources rares entre les administrations, il faut créer un Fonds canadien d'accessibilité qui s'inspirerait du Fonds de transférabilité établi pour appuyer les accords fédéraux-provinciaux concernant l'admissibilité et la transférabilité conclus en vertu de la *Loi sur les soins médicaux*. Le fédéral et les gouvernements provinciaux-territoriaux partageraient à parts égales le coût du nouveau fonds comme dans le cas du premier. Il faudrait un investissement initial de 100 millions de dollars. L'accès au fonds serait déterminé par une série de critères convenus entre les parties et tout argent qui en serait retiré servirait à faciliter l'accès à des services hautement spécialisés non disponibles dans la province de résidence du patient.

Recommandation 25

- a) Que les gouvernements établissent un plan national de coordination de l'accès le plus efficient aux services hautement spécialisés de traitement et de diagnostic.
 - ?? Que ce plan inclue la création de centres d'excellence régionaux définis afin d'optimiser la disponibilité des services de spécialistes rares.
 - ?? Que tout réalignement des services indemnise la relocalisation des prestataires et en tienne compte.
- b) Que le gouvernement fédéral crée un Fonds d'accessibilité qui appuierait les centres d'excellence interprovinciaux de services hautement spécialisés.

8.2 Rémunération des médecins

On croit couramment, à tort, que pour renouveler avec succès le système de soins de santé, il suffit simplement de modifier le mode de rémunération des médecins — et plus précisément d'abolir la rémunération à l'acte. Dans leur analyse des soins primaires au Canada, Hutchison et ses collaborateurs signalent que le fait que les gouvernements sont captivés par la stratégie du «gros coup» — qui comporte habituellement l'adoption de modes inappropriés de financement et de rémunération — est un facteur qui contribue grandement à l'échec de beaucoup de projets de soins primaires¹².

Chaque mode de rémunération a ses forces et ses faiblesses. Il ne faut pas faire croire aux Canadiens qu'ils obtiendront de meilleurs soins si l'on délaisse la rémunération à l'acte des médecins. Le mode de rémunération des médecins et d'autres prestataires de soins de santé devrait être un moyen de parvenir à une fin, et non une fin en soi. Les médecins sont néanmoins disposés à envisager d'autres modes de rémunération appropriés dans les bonnes circonstances.

Il faut permettre aux médecins de choisir leur mode de rémunération. L'expérience a démontré que la stratégie de rémunération «à taille unique» ne donne pas de résultats. De plus, tout mode de rémunération doit préserver et protéger l'autonomie des médecins et leur capacité de représenter leurs patients.

En 2001, l'AMC a adopté une politique sur la rémunération des médecins (annexe K) qui repose sur les principes suivants.

¹² Hutchison B, Abelson J, Lavis J. Primary care in Canada: so much innovation, so little change. *Health Aff* 2001 May/Jun; 20(3):116-31.

Politique de l'AMC sur la rémunération des médecins : principes de base

- ?? Les médecins doivent toucher une rémunération juste, raisonnable et équitable pour toutes leurs activités professionnelles.
- ?? Les médecins devraient être pris en compte et recevoir une indemnisation raisonnable quand des établissements et des programmes sont abolis, rationalisés ou transférés.
- ?? Chaque médecin doit pouvoir choisir son mode de rémunération.
- ?? Les régimes de rémunération ne doivent pas nuire à la capacité des médecins de dispenser des services médicaux de qualité et efficaces sur le plan des coûts.
- ?? Les régimes de rémunération doivent permettre une qualité de vie raisonnable.
- ?? Les ressources et le financement destinés aux services médicaux par les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent être attribués directement aux médecins pour les services dispensés.
- ?? Tous les médecins, y compris ceux qui sont indirectement touchés, ont le droit d'être représentés dans les négociations touchant la rémunération, le financement et les modalités et conditions de leur travail.
- ?? Les organismes payeurs doivent respecter les modalités des ententes négociées avec les mandataires légitimes de la profession médicale et être obligés d'honorer les processus de négociation mutuellement convenus et établis avec ces mandataires.
- ?? En cas de rupture des négociations portant sur la rémunération des médecins, les différends doivent être réglés par un mécanisme de règlement des différends opportun et convenu entre les deux parties.
- ?? Le ministre fédéral de la Santé doit appliquer les dispositions de la Loi

Recommandation 26

Que les gouvernements respectent les principes contenus dans la politique de l'AMC sur la rémunération des médecins et les modalités des ententes dûment négociées.

8.3 Les soins de santé en milieu rural

L'incidence que les compressions budgétaires et les réorganisations imposées au secteur des soins de santé ont eue et continuent d'avoir sur la prestation de soins de qualité en temps opportun aux patients et sur les conditions de travail en général est une cause de frustration énorme pour les médecins et les autres professionnels de la santé du Canada. Pour les médecins qui exercent en milieu rural et éloigné, l'étendue de leur pratique, la longueur des heures de travail, les restrictions que les gardes imposent à leur style de vie, l'isolement géographique et le manque d'appui professionnel et d'accès aux services de spécialistes exacerbent cet effet.

En 2000, l'AMC a produit un énoncé de politique sur la pratique en milieu rural et éloigné (annexe L) afin d'aider les gouvernements, les stratèges, les communautés et les autres intervenants qui ont un rôle à jouer dans le maintien des effectifs à comprendre les divers facteurs professionnels et personnels dont il faut tenir compte pour garder les médecins dans les régions rurales et éloignées et en recruter pour y travailler. Les 28 recommandations portent sur la formation, la rémunération et l'appui de la vie professionnelle et personnelle.

La formation portant sur la pratique en milieu rural doit s'étendre sur le cycle complet de la carrière en médecine, du recrutement des candidats susceptibles de commencer à pratiquer en milieu rural jusqu'à la formation portant sur des techniques spéciales, le recyclage et le perfectionnement professionnel continu. La rémunération doit refléter le degré d'isolement, le niveau des responsabilités, la fréquence des périodes de garde, l'étendue du champ de pratique et des compétences spécialisées supplémentaires.

Il faut aussi tenir compte des enjeux sociaux plus étendus des médecins et des membres de leur famille, ainsi que du besoin de faciliter la disponibilité de remplaçants, particulièrement au-delà des frontières administratives. Il faut assurer qu'il y a suffisamment de médecins disponibles pour que les obligations relatives aux périodes de garde soient gérables et que l'on assure un appui professionnel suffisant, comme les services de remplaçants offerts actuellement par l'entremise des associations médicales provinciales et territoriales.

Nous sommes d'accord avec la Société de la médecine rurale du Canada lorsqu'elle affirme, dans le mémoire qu'elle a présenté en août 2001 à la Commission, que le Canada a besoin d'une stratégie nationale sur la santé rurale. La stratégie viserait à analyser les obstacles systémiques qui empêchent de répondre aux besoins des Canadiens en milieu rural et à fournir du financement de programmes stratégiques pour catalyser les changements.

Recommandation 27

Que les gouvernements collaborent avec les universités, les collèges, les associations professionnelles et les communautés afin d'élaborer pour le Canada une stratégie nationale en matière de santé rurale.

8.4 Rôles émergents et de soutien dans la prestation des soins de santé

8.4.1 Secteur privé

Le Canada a un système mixte de prestation et de financement par les secteurs public et privé, comme le démontre le schéma qui suit et qui présente les quatre combinaisons possibles.

		Prestation	
		Secteur public	Secteur privé
Financement	Public	Prestation publique/ financement public (p. ex., services hospitaliers publics)	Prestation privée/ financement public (p. ex., soins au cabinet d'un médecin)
	Privé	Prestation publique/ financement privé (p. ex., chambre privée dans un hôpital public)	Prestation privée/ financement privé (p. ex., chirurgie esthétique)

Aucun enjeu de la politique de santé au Canada n'a soulevé plus de controverse que le rôle du secteur privé. À mesure que le renouvellement de l'assurance-maladie avancera, il importera que les Canadiens comprennent la distinction entre la prestation privée et le financement privé. L'amalgame approprié d'éléments publics et privés devrait reposer non pas sur l'idéologie, mais plutôt sur l'utilisation optimale des ressources.

Les soins de santé sont dispensés principalement par des prestataires du secteur privé, y compris des médecins, des pharmaciens, des hôpitaux privés sans but lucratif, des établissements privés de soins de longue durée, des services privés de diagnostic et d'examen, des centres de réadaptation. (En outre, les fournitures allant des aliments aux services de buanderie, en passant par les médicaments et la technologie, proviennent presque exclusivement du secteur privé.) Ce niveau important de prestation par le secteur privé a bien servi le Canada. C'est pourquoi l'AMC appuie un rôle continu et important du secteur privé dans la prestation des soins de santé. Nous ne proposons toutefois pas un système privé parallèle.

La prestation par le secteur privé peut avoir un rôle croissant à jouer. Nous l'appuierions à condition que l'on puisse dispenser les services de façon rentable. Comme dans le cas du secteur public, toute participation du secteur privé dans les soins de santé doit être axée sur le patient et aussi ouverte, transparente et redditionnelle. Il faut de plus réglementer rigoureusement cette participation afin d'assurer que des normes élevées de soins de qualité sont appliquées et surveillées.

Recommandation 28

Que le système de santé du Canada utilise de façon optimale le secteur privé dans la prestation des soins de santé financés par l'État, à condition qu'il se conforme aux mêmes normes de qualité que le système public.

8.4.2 Secteur bénévole

Le secteur bénévole, y compris de nombreux organismes de bienfaisance et groupes de promotion des consommateurs, a joué un rôle critique dans l'évolution du système de santé public — en fournissant et finançant des services, des programmes, du matériel et des installations. Une grande partie du développement de l'infrastructure immobilisée, et en particulier dans les hôpitaux, a été rendue possible grâce aux efforts de financement de fondations de bienfaisance et d'organismes de service public. En outre, beaucoup de services d'appui aux patients, comme les «Repas à domicile», n'existent que grâce aux efforts de groupes bénévoles.

Même si le secteur bénévole est un actif important pour le système de santé du Canada, il est crucial que les gouvernements s'acquittent de leur obligation d'appuyer les soins de santé financés par le Trésor. Les gouvernements doivent éviter de se délester de leurs responsabilités sur le secteur bénévole, qui est déjà utilisé au maximum. Les gouvernements ne devraient pas abuser du secteur bénévole, mais ils devraient plutôt financer comme il se doit les coûts de fonctionnement courant et les immobilisations du système de santé public.

Il faudrait reconnaître officiellement la contribution du secteur bénévole au système de soins de santé. Beaucoup de ces organismes ont un budget infime et leur capacité de répondre aux demandes de plus en plus lourdes qui leur sont imposées est limitée.

Recommandation 29

Que les gouvernements étudient des façons de reconnaître et d'appuyer le rôle du secteur bénévole dans le financement et la prestation des soins de santé, notamment par de meilleurs crédits d'impôt.

8.4.3 Soignants non rémunérés

Les soignants non rémunérés — et en particulier ceux qui s'occupent de parents et d'amis malades — jouent un rôle essentiel dans le système de soins de santé. Le délestage massif sur ces soignants est passé inaperçu. Ce qu'il en coûte pour fournir de tels soins dépasse les montants quantifiables en dollars comme le manque à gagner. Il faut aussi reconnaître qu'il y a beaucoup de coûts indirects, y compris les tensions affectives imposées aux soignants et aux membres de leur famille, et les gouvernements et les employeurs doivent les appuyer.

Les patients préfèrent souvent être soignés à domicile, mais on ne peut supposer que les soins dispensés à domicile sont meilleurs pour le patient que ceux qu'il reçoit dans un établissement de soins de santé. Il faut rendre des ressources disponibles pour assurer que les soins dispensés à domicile sont acceptables. Il faudrait fournir de l'aide financière accrue aux soins non rémunérés par le régime fiscal. Les crédits d'impôt remboursables et un programme de congé familial sont deux exemples d'appui de cette nature.

Recommandation 30

Que les gouvernements appuient par le régime fiscal les contributions des aidants naturels.

Conclusions

Le système de santé du Canada est vraiment rendu à un carrefour. Nous devons agir maintenant pour assurer que notre système de soins de santé pourra répondre aux besoins actuels et futurs des Canadiens dans le domaine des soins de santé. Les Canadiens recherchent des solutions réelles qui produiront des résultats concrets. Cela signifie qu'il faut se pencher non seulement sur les enjeux les plus critiques comme les ressources humaines de la santé, l'infrastructure et les modes de prestation, mais aussi mettre en œuvre des changements structurels et procéduraux dans tout le système. Cela signifie aussi qu'il faut mobiliser tous les intervenants clés dans le processus de prise de décision à tous les niveaux.

Dans ce deuxième mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, l'AMC a proposé des solutions axées sur les patients et qui reflètent les valeurs canadiennes d'un système public, qui est viable et redevable, et qui donne accès en temps opportun à des soins de grande qualité. Ces recommandations constituent un tout complet et intégré dont le succès exige une mise en œuvre globale.

L'AMC remercie la Commission de lui avoir donné cette occasion de présenter son *Ordonnance pour la viabilité*. Nous souhaitons à la Commission tout le succès possible dans l'élaboration d'un plan concret afin de revitaliser le système de soins de santé du Canada auquel nous attachons une grande valeur.