

Prendre le virage : Du débat à l'action

Mémoire présenté au Comité
permanent des finances
Consultations prébudgétaires

Le 22 octobre 2002

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

*Une population en santé... une profession médicale dynamique
A healthy population... a vibrant medical profession*

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 54 000 membres et 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, 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 qui représente la majorité des médecins du Canada et regroupe 12 divisions provinciales et territoriales ainsi que 43 organisations médicales affiliées.

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	I
INTRODUCTION	1
IMPUTABILITÉ	2
CHARTE CANADIENNE DE LA SANTÉ	2
COMMISSION CANADIENNE DE LA SANTÉ	3
FINANCEMENT REQUIS.....	3
INVESTISSEMENTS À LONG TERME.....	3
FINANCEMENT PROVISOIRE À COURT TERME DE L'INFRASTRUCTURE DE LA SANTÉ .	5
<i>Offre et formation des ressources humaines de la santé</i>	<i>6</i>
<i>Équipement médical et autre infrastructure immobilisée</i>	<i>7</i>
<i>Technologie de l'information en santé.....</i>	<i>7</i>
SOURCES DE REVENU.....	9
INVESTISSEMENTS DANS LA SANTÉ PUBLIQUE.....	9
PRÉPARATION AUX INTERVENTIONS D'URGENCE.....	10
VACCINATION DES ENFANTS.....	10
STRATÉGIE NATIONALE ANTIDROGUE.....	11
CONCLUSIONS.....	12



SOMMAIRE

Leur système de soins de santé préoccupe profondément les Canadiens. Ils veulent notamment savoir s'ils auront accès à des examens de diagnostic lorsqu'ils en auront besoin ou s'ils se trouveront un médecin de famille s'ils déménagent. Ce n'est là pas l'objectif que nous visions au Canada en lançant un système public universel de soins de santé en 1966. Depuis deux ans, les auteurs de rapports et des commissions plus nombreux que jamais se penchent sur ce que l'on peut et doit faire pour assurer la viabilité à long terme du système. Les Canadiens s'impatientent toutefois. L'époque des études tire à sa fin. Ils comptent que les gouvernements écouteront les rapports qu'on leur présentera et y donneront suite rapidement – pour prendre le virage et passer du débat à l'action.

Le mémoire que l'AMC présente cette année au Comité permanent des finances porte avant tout sur le besoin d'agir à court et à long termes en définissant des investissements stratégiques qui garantiront l'existence d'un *système* solide de soins de santé ancré sur une infrastructure de santé publique fiable et intégrée qui constituera son assise. Dans le contexte du renouvellement du financement, l'AMC est convaincue qu'il faut conjuguer un financement supplémentaire à une mise à jour des structures de gouvernance qui comprendra une Charte canadienne de la santé et une Commission canadienne de la santé capables de donner au système une véritable imputabilité.

L'AMC est convaincue que le gouvernement fédéral doit, en collaboration avec les provinces et les territoires, augmenter l'appui financier qu'il accorde au système de santé du Canada. C'est seulement en augmentant le financement consacré à la santé et en définissant clairement les sommes qui y sont affectées que le gouvernement fédéral pourra reprendre sa place de partenaire égal avec les provinces.

Dans le mémoire qu'elle a présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, l'AMC a recommandé de bloquer pendant cinq ans la contribution que le gouvernement fédéral accorde au système de santé public. Nous y avons indiqué qu'il faudrait viser à long terme à porter la contribution fédérale à 50 % du total des dépenses consacrées aux services de base, à mesure que des technologies et des services nouveaux et améliorés sont offerts. Nous avons aussi affirmé qu'il faudrait indexer cette contribution en fonction d'un indice lié à la croissance du PIB lorsqu'on aura atteint cet objectif. Plus précisément, afin de porter le financement au niveau visé de 50 %, l'AMC recommande que le financement des nouveaux services et des nouvelles technologies soit partagé à parts égales, ce qui encouragerait les provinces et les territoires à adopter rapidement les technologies nouvelles et aiderait à actualiser le panier des services de base offerts aux Canadiens.

Toutefois, à titre d'exemple, l'AMC recommande un investissement initial de 16 milliards de dollars pour les cinq premières années à compter de 2003-2004, la majeure partie du financement en question devant être versée vers la fin de la période de cinq ans. Cet investissement (qui porterait à 45/55 le partage fédéral-provincial) atteindrait en partie l'objectif d'un partage à parts égales.

Afin d'appuyer davantage le financement des soins de santé au Canada, il faut instaurer un mécanisme afin de protéger contre les aléas des cycles économiques les budgets que les provinces et les territoires affectent aux soins de santé. On pourrait à cette fin, par exemple, renouveler le Programme de stabilisation budgétaire ou supprimer le plafond imposé au programme actuel de péréquation.

Parallèlement aux besoins financiers à long terme du système de santé du Canada, il y a des objectifs urgents qui ne peuvent attendre que les gouvernements terminent leur plan et le mettent en œuvre. L'urgence de ces enjeux justifie le recours à des transferts ponctuels, ciblés et spéciaux pour l'offre et la formation des ressources humaines de la santé, l'infrastructure immobilisée et la technologie de l'information sur la santé.

Enfin, notre mémoire de l'année dernière reflétait les préoccupations des Canadiens à la suite des événements survenus le 11 septembre 2001 aux États-Unis. Nous y avons souligné l'inquiétude de la population à l'égard de la sécurité au Canada, de la sécurité des transports aériens et de la vulnérabilité de notre infrastructure de santé publique et de nos systèmes de soins de santé aux menaces possibles. Nous croyons que le travail n'est pas encore terminé et qu'il faut continuer d'appuyer la santé publique comme priorité dans le système de soins de santé du Canada, et en particulier dans les domaines de la préparation aux interventions d'urgence, de la vaccination des enfants et d'une stratégie nationale antidrogue.

La réforme du système de santé du Canada pose un défi de taille. Elle passe par la participation et l'assentiment de tous les paliers de gouvernement, ainsi que des prestataires de soins, des autres intervenants et, en fin de compte, par l'acceptation des utilisateurs, les Canadiens. L'AMC attend avec impatience les recommandations de la Commission Romanow et du Comité sénatorial. Au cours des prochains mois, nous suivrons de près l'évolution de la situation pour le compte des médecins du Canada et de nos patients, afin d'assurer que la réponse sera axée sur l'action, qu'on agira rapidement et que l'on fera appel dès le départ à une participation soutenue et importante de la communauté des prestataires de soins. Les médecins du Canada sont prêts à faire leur part, et demandent qu'on leur en donne l'occasion.

INTRODUCTION

L'Association médicale canadienne (AMC) est heureuse de participer une fois de plus aux consultations prébudgétaires du Comité permanent des finances. Nous considérons ces consultations comme un élément essentiel du processus démocratique du Canada qui permet aux organisations non gouvernementales et aux particuliers de contribuer au programme budgétaire du gouvernement.

Nous savons que les Canadiens attachent une grande valeur à leur système de soins de santé et au traitement de grande qualité qu'ils y reçoivent. Ce qui les préoccupe, c'est de savoir s'ils pourront avoir accès aux soins dont ils auront besoin lorsqu'ils en auront besoin et à l'endroit où ils en auront alors besoin. Au cours des deux dernières années, nous avons été témoins de la préoccupation la plus importante que la population a manifestée au sujet du système de santé du Canada depuis une génération. Les gouvernements ont réagi en examinant le système dans le contexte d'un nombre sans précédent de rapports et de commissions. Outre les travaux que la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (la Commission Romanow) et le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (la Commission Kirby) ont effectués sur l'état du système de santé, quatre autres études provinciales d'envergure ont porté sur le système de soins de santé du Canada depuis 2000ⁱ.

Les Canadiens se tournent maintenant vers les gouvernements pour prendre le virage afin de passer de l'étude à l'action. Le mémoire que l'AMC présente cette année au Comité permanent des finances porte avant tout sur ce besoin d'agir à court et à plus long termes en définissant les investissements stratégiques qui garantiront qu'un *système* de santé solide soit ancré fermement sur une infrastructure solide de santé fiable et intégrale. L'AMC est d'avis que la santé et les soins de santé vont ainsi de pair.

L'AMC est d'avis que pour instaurer une réforme véritable, il faut plus que simplement «bricoler» notre système actuel. Pour instaurer des changements, il faut repenser fondamentalement le système, y compris ses structures de gouvernance et d'imputabilité, afin d'avancer et de prendre le virage vers un système de santé viable. La publication du rapport de la Commission Romanow créera un mouvement de fond qui donnera au gouvernement fédéral une occasion sans pareil d'exploiter cette énergie en partenariat avec les provinces et les territoires en formulant une réponse complète au rapport dans les 100 jours suivant sa publication, sous la forme d'un plan de mise en œuvre.

Au début de 2003, le premier ministre convoquera une rencontre des premiers ministres des provinces pour jeter les bases d'un plan de réforme complet comportant une imputabilité plus grande envers les Canadiens et prévoyant les investissements fédéraux à long terme qui seront requis; ceux-ci seront inclus dans le prochain budget.

Discours du Trône,
30 septembre 2002

L'engagement que le gouvernement a pris dans le discours du Trône du 30 septembre 2002 de convoquer une rencontre des premiers ministres au début 2003 afin de jeter les bases d'un plan de réforme complet nous a encouragés vivement, tout comme celui qu'il a pris à l'égard d'un plan d'action dans les domaines de la politique de santé qui relèvent directement de la compétence fédérale, comme les nouveaux risques pour la santé et l'adoption de la technologie moderne.

Au cours des prochains mois, nous suivrons la situation de près, au nom des médecins du Canada et de nos patients, afin d'assurer que ces discussions débouchent sur une réponse opportune et axée vers l'action, et que l'on fera appel dès le début à une participation soutenue et importante de la communauté des intervenants.

IMPUTABILITÉ

Le 6 juin 2002, l'AMC a dévoilé son mémoire final à la Commission Romanow, *Ordonnance pour la viabilité*. Nous y décrivons des changements que la Commission a jugés «audacieux et intrigants» afin de réaffirmer et de réaligner notre système de santé. L'AMC a présenté plus précisément dans son rapport une stratégie de renouvellement du système de santé du Canada reposant sur trois piliers interdépendants essentiels : une Charte canadienne de la santé, une Commission canadienne de la santé et un renouvellement du cadre législatif fédéral (y compris des transferts fiscaux fédéraux-provinciaux).

Le système de santé du Canada n'a pas actuellement les structures de gouvernance voulues pour assurer une imputabilité ou une transparence réelles. Souvent, les gouvernements délibèrent à huis clos et prennent des décisions auxquelles contribuent peu ou pas du tout ceux qui devront finir par mettre en œuvre les changements et utiliser le système. L'imputabilité totale passe plutôt par la participation de tous les intervenants clés – les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les prestataires de soins de santé et les patients.

L'absence actuelle d'imputabilité dans le système de santé du Canada se résume fondamentalement à un conflit d'intérêts inhérent entre l'obligation de rendre compte au public, qu'exige la population canadienne, et le désir des gouvernements de garder le maximum de contrôle et de marge de manœuvre budgétaires. Même après l'augmentation des transferts en argent prévue dans l'accord que les premiers ministres ont signé en septembre 2000, le gouvernement fédéral est très loin d'avoir fourni le financement nécessaire pour assurer l'observation des principes nationaux aujourd'hui et demain. Il est clair que les moyens financiers doivent correspondre aux résultats visés pour la santé. L'AMC est d'avis qu'un réinvestissement approprié et la mise à jour des structures de gouvernance remettront le gouvernement fédéral dans la voie qui lui permettra de rendre de nouveau véritablement *national* le régime d'assurance-maladie du pays.

Charte canadienne de la santé

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 acceptableⁱⁱ. Il en découle de plus en plus une incertitude inacceptable non seulement pour les patients, mais aussi pour les prestataires de soins de santé et, en bout de ligne, pour ceux qui contribuent au financement (tant privé que public) du système de santé.

Une Charte canadienne de la santé mettrait en évidence l'engagement commun que les gouvernements ont pris d'assurer que les Canadiens aient accès à des soins de santé de qualité dans un délai acceptable.

Elle présenterait clairement une politique nationale de santé 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.

Commission canadienne de la santé

La création d'une Commission canadienne de la santé permanente et indépendante aiderait à s'attaquer au problème du manque de transparence et d'imputabilité à l'échelle nationale. On créerait ainsi une institution dont la raison d'être même serait de présenter aux Canadiens un rapport annuel sur le rendement du système de santé et sur l'état de santé de la population, et on accorderait à la santé le même degré de priorité nationale qu'à l'environnement, au transport et à la recherche. Comme elle n'aurait pas à rendre compte à un ou à des gouvernements en particulier, la légitimité de la Commission n'en serait que plus grande. La Commission rendrait plutôt compte directement à la population canadienne et ne laisserait pas prendre les Canadiens en otages dans le contexte des disputes intergouvernementales continues.

Une Commission canadienne de la santé se trouverait aussi dans une situation sans pareille : elle pourrait donner des conseils suivis sur d'autres enjeux nationaux clés des soins de santé 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 et l'établissement de buts et d'objectifs nationaux afin d'améliorer l'état de santé des Canadiens.

IMPUTABILITÉ ACCRUE

- Instaurer une Charte canadienne de la santé et assurer le financement fédéral d'une Commission canadienne de la santé permanente afin de réaffirmer le contrat social que constitue l'assurance-maladie et de promouvoir l'obligation d'imputabilité et de transparence dans le système de santé.

FINANCEMENT REQUIS

Investissements à long terme

En ce qui concerne la réforme du système de santé du Canada, il est essentiel d'améliorer l'imputabilité, mais ce n'est pas tout. L'AMC est d'avis qu'il incombe au gouvernement fédéral, ainsi qu'aux provinces et aux territoires, d'augmenter l'appui financier qu'ils apportent au système de santé du Canada. L'AMC croit aussi par ailleurs que les gouvernements doivent fournir du financement d'une façon imputable et transparente qui établisse un lien entre l'origine du financement et l'utilisation des fonds en question.

Nous sommes d'avis que la tension que les questions liées aux soins de santé suscitent entre les deux paliers de gouvernement remonte en grande partie aux modifications que le fédéral a apportées unilatéralement à la formule de financement. Provoquée par les premiers changements apportés au financement des programmes établis (FPE) en 1982, cette tension a atteint son zénith avec la mise en œuvre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS – 1995), lorsque le gouvernement fédéral a annoncé unilatéralement une réduction importante du financement consacré à la santé, aux services sociaux et à l'enseignement postsecondaire. En affirmant dépenser trois fois le même argent du contribuable – une fois pour la santé, de nouveau pour l'enseignement postsecondaire et une fois de plus pour les services sociaux – le gouvernement fédéral mine son pouvoir moral de faire respecter les principes nationaux de la santé. Globalement, ces initiatives affaiblissent la présence légitime du gouvernement fédéral dans les soins de santé et nuisent à sa capacité de défendre les Canadiens, comme l'a souligné le récent rapport de la vérificatrice générale.

Afin de retrouver ce pouvoir, le gouvernement fédéral doit être prêt à définir clairement une contribution discrétionnaire aux soins de santé qui soit assez importante pour être pertinente dans toutes les régions. Dans le mémoire que nous avons présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, nous recommandons de bloquer pendant cinq ans la contribution fédérale au système de santé public. Nous avons indiqué que l'objectif à plus long terme devrait être de porter la contribution fédérale à 50 % du total des dépenses consacrées aux services de base, à mesure de que de nouveaux services et de nouvelles technologies sont offerts. Une fois cet objectif atteint, la contribution devrait être indexée en fonction de la croissance du PIB.

Dans ce mémoire, nous présentons des projections financières plus détaillées et des recommandations sur la contribution fédérale au système de soins de santé. Plus précisément, afin de porter le financement au niveau visé de 50 %, l'AMC recommande que le financement des nouveaux services et des nouvelles technologies soit partagé moitié-moitié, ce qui encouragerait les provinces et les territoires à adopter rapidement les technologies nouvelles et aiderait à actualiser le panier des services de base mis à la disposition des Canadiens. La rapidité avec laquelle se concrétiserait le partage moitié-moitié de tous les services essentiels serait liée à celle de l'adoption des technologies nouvelles. Toutefois, à titre d'exemple, l'AMC recommande un investissement initial de 16 milliards de dollars pour les cinq premières années à compter de 2003-2004, la majeure partie du financement en question devant être versée vers la fin de la période de cinq ans. Cet investissement (qui porterait à 45/55 le partage fédéral-provincial) atteindrait en partie l'objectif d'un partage à parts égales. On s'attendrait également à ce que le financement de toute expansion au-delà du panier actuel de services soit financée à parts égales.

Le message clé, c'est que le gouvernement fédéral doit agir en partenaire à part entière des provinces et des territoires pour fournir les fonds nécessaires afin de réagir aux nouvelles pressions. Notamment, cela signifie prendre des mesures afin de répondre aux besoins des Canadiens vivant en régions rurales et éloignées, où l'accessibilité et le soutien des médecins et des autres services de santé posent des défis particuliers.

Pour appuyer encore davantage le financement des soins de santé d'un bout à l'autre du Canada, il faut aussi un mécanisme permettant de protéger les budgets provinciaux et territoriaux de la santé contre les fluctuations du cycle économique.

Il est en outre de plus en plus difficile d'assurer la prestation de services de santé raisonnablement comparables d'un bout à l'autre du Canada à cause des capacités budgétaires des provinces et territoires, qui varient.

Le programme fédéral de stabilisation fiscale indemnise actuellement les provinces si leur revenu diminue considérablement d'une année à l'autre à cause de changements de la conjoncture économique. Ce programme n'est toutefois pas spécifique à la santé et entre en vigueur seulement lorsque les revenus des provinces diminuent de plus de 5 %. Le programme fédéral de péréquation assure aussi une certaine protection aux provinces moins nanties. Le «plafond» qui limite les augmentations des paiements au taux de croissance du PIB national en limite toutefois l'efficacité. L'application de cette disposition a été suspendue temporairement pour l'exercice 1999–2000 dans le contexte de la signature de l'accord sur la santé de septembre 2000, ce qui a permis aux provinces moins riches de bénéficier de 700 millions dollars de plus en paiements de péréquation.

L'AMC est d'avis que ce plafond est un des facteurs qui contribue à la disparité qui existe entre la capacité des provinces de financer les services de santé et que c'est pourquoi il faudrait le faire disparaître définitivement. Améliorer l'un ou l'autre de ces programmes, ou les deux, contribuerait à donner aux provinces des moyens de contenir les répercussions des fluctuations du cycle économique sur le système de santé, préoccupation que l'AMC a soulevée dans son mémoire à la Commission Romanow.

FINANCEMENT À LONG TERME REQUIS (16 milliards de dollars en 5 ans)

- Fournir pour de nouveaux services de base et de nouvelles technologies, un financement partagé à parts égales qui devrait, avec le temps, atteindre 50 % des dépenses que les provinces et territoires consacrent aux services de base.
- Protéger davantage les provinces et territoires contre une baisse de revenus, par exemple en supprimant le plafond actuellement imposé au programme fédéral de péréquation ou améliorant le programme fédéral de stabilisation fiscale.

Financement provisoire à court terme de l'infrastructure de la santé

Parallèlement aux besoins en financement à long terme du système de santé du Canada, il y a des objectifs urgents qui ne peuvent attendre que les gouvernements terminent leur plan et le mettent en œuvre. Nous sommes d'avis que ces objectifs à plus court terme exigent un «financement provisoire» pour des éléments de l'infrastructure de la santé nécessaires pour appuyer l'innovation dans le domaine.

Comme les routes et les autoroutes sont l'épine dorsale de la production et de la livraison de produits, l'infrastructure de la santé du Canada constitue elle aussi l'assise sur laquelle le système de santé s'appuie pour dispenser des soins au Canada. Nous félicitons la Fondation canadienne pour l'innovation et les autres programmes semblables de leur contribution importante dans ce domaine.

De plus en plus, toutefois, «l'infrastructure» comprend plus que des briques et du mortier – elle peut signifier aussi améliorer la capacité des hôpitaux dans le domaine de l'information sur la santé, fournir une infrastructure de ressources humaines ou le matériel de diagnostic le plus moderne. L'expérience nous a montré que de tels investissements améliorent l'innovation, la production et l'efficacité. La nature pressante de ces enjeux justifie le recours aux transferts ciblés et spéciauxⁱⁱⁱ, plus particulièrement dans les domaines suivants :

- offre et formation des ressources humaines de la santé;
- infrastructure immobilisée;
- technologie de l'information en santé.

Offre et formation des ressources humaines de la santé

Les Canadiens mentionnent constamment la pénurie de médecins comme un problème clé du système 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 inscriptions 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^{iv}.

Le besoin est particulièrement grand dans les régions rurales et éloignées, où vivent 30 % des Canadiens mais où exercent seulement 10 % environ des médecins du pays^v. La situation se complique du fait que l'accès aux services peut être difficile pour les patients vivant en régions rurales et éloignées. Un sondage effectué par l'AMC en 1999 a révélé que la satisfaction professionnelle des médecins (mesure dans laquelle ils peuvent répondre aux besoins de leurs patients) des communautés rurales a chuté considérablement depuis le début des années 1990. Par exemple, seulement 17 % des médecins répondants affirmaient en 1999 être très satisfaits de l'accessibilité des services hospitaliers, contre 40 % en 1991. La différence est frappante.

Les augmentations de l'inscription en médecine au niveau du premier cycle nécessaires pour redresser la situation exigent du financement non seulement pour les places mêmes, mais aussi pour l'infrastructure nécessaire (ressources humaines et matérielles) afin d'assurer une formation de grande qualité qui réponde aux normes d'agrément nord-américaines. La capacité doit en outre suffire pour donner de la formation à des diplômés de facultés de médecine étrangères et permettre aux médecins actifs de reprendre leurs études afin d'obtenir une formation postdoctorale dans de nouvelles spécialités^{vi}.

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'entre 1996 à 2001, les frais de scolarité en première année de médecine ont augmenté en moyenne 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 résultats de recherches récentes démontrent que les frais de scolarité élevés et la crainte de l'endettement écrasant créent des obstacles qui dissuadent les personnes intéressées de s'inscrire aux facultés de médecine et pourraient menacer la diversité socio-économique des futurs médecins qui serviront le public. Ils peuvent aussi aggraver «l'exode des cerveaux» médicaux vers les États-Unis, où les nouveaux médecins peuvent rembourser beaucoup plus rapidement leurs dettes d'études importantes. L'endettement élevé peut en outre jouer sur la spécialité choisie par les médecins et l'endroit où ils décident de pratiquer.

Équipement médical et autre infrastructure immobilisée

Une infrastructure immobilisée sous-développée — installations et équipement — 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 santé.

En septembre 2000, le gouvernement fédéral a annoncé une série de nouveaux investissements afin d'appuyer les accords conclus par les premiers ministres au sujet de la réforme de la santé et du développement de la petite enfance. Ces investissements consistaient notamment en un fonds d'un milliard de dollars sur deux ans, soit le Fonds pour l'équipement médical (FEM), afin de permettre aux provinces et aux territoires d'acheter de nouvelles technologies de la santé et du nouvel équipement de diagnostic. L'analyse effectuée par l'AMC indique toutefois qu'on a utilisé seulement 60 % environ du milliard de dollars prévu au Fonds pour l'équipement médical pour payer de nouvelles dépenses (supplémentaires) en équipement médical. Il semble que les 40 % restants aient remplacé des sommes que les provinces et les territoires auraient déjà consacrées à ce domaine à même leurs propres revenus.

Une analyse plus poussée indique qu'il persiste un écart important entre l'accès à l'équipement médical au Canada et la disponibilité d'équipement médical dans d'autres pays de l'OCDE. Des estimations des coûts indiquent qu'il faut investir encore quelque 1,15 milliard de dollars dans la technologie de la santé pour porter le Canada au niveau de la moyenne des sept pays de comparaison de l'OCDE. Sur ce total, il faut 650 millions de dollars pour les immobilisations et 500 millions afin de fournir aux provinces et aux territoires des fonds de fonctionnement pendant trois ans.

Tous les gouvernements doivent être transparents et rendre compte aux contribuables des dépenses consacrées aux soins de santé. Les conditions du Fonds pour l'équipement médical n'ont pas été à la hauteur de cette responsabilité. Les provinces et les territoires ont fourni de l'information très variable et souvent incomplète qui est en grande partie inaccessible pour le public, ou du moins difficile à obtenir. Une des tâches qui incomberait à la Commission canadienne de la santé serait de produire des rapports sur l'état des soins de santé au Canada et de préciser à la population canadienne comment on dépense l'argent de leurs impôts.

Technologie de l'information en santé

Même si le secteur de la santé produit autant d'information que d'autres secteurs d'activité, il tire de l'arrière sur le plan des investissements dans les technologies de l'information et des communications (TIC). Les TIC sont porteuses de promesses pour le système de santé : elles

permettraient par exemple d'améliorer la qualité des soins et l'accès aux services de santé (en particulier pour les 30 % des Canadiens qui vivent en région rurale et éloignée) et de mieux utiliser les ressources humaines de la santé, qui se font rares.

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 technologie de l'information comme le dossier électronique du patient. Cet investissement réjouit l'AMC, qui signale toutefois que les 500 millions de dollars doivent être perçus comme un «acompte». Ils constituent en effet une fraction seulement 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 et produire ainsi tous les avantages pour la santé qui en découleraient, notamment au plan de l'amélioration de la sécurité nationale et de la réduction de la duplication des tests.

Les études indiquent qu'il y a deux ingrédients clés essentiels à l'adoption réussie des technologies de l'information et de la communication : créer des moyens d'aider les gens à s'adapter à leur nouvel environnement et faire l'essai de solutions en situations réelles avant d'en généraliser l'implantation. Jusqu'à maintenant, on a investi très peu d'argent pour aider les prestataires à se préparer aux nouveaux investissements dans les infrastructures que font les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral. L'AMC est prête à jouer un rôle de partenaire clé en obtenant l'acceptation et la collaboration des médecins et d'autres prestataires de soins de santé dans le contexte d'un processus multilatéral.

La majeure partie des investissements consacrés actuellement aux TIC vise en outre les contextes de soins actifs et de soins primaires. L'évolution des caractéristiques démographiques de la population canadienne indique que de nouvelles pressions devraient commencer à se faire sentir dans le contexte des soins à domicile – domaine en grande partie négligé jusqu'à maintenant en ce qui concerne les TIC et qui n'est actuellement pas prêt à faire face à une croissance de la demande. L'application de solutions de télésanté se prêtant aux soins dispensés à domicile pourrait toutefois constituer une soupape de sécurité.

FINANCEMENT PROVISOIRE À COURT TERME (2,5 milliards de dollars en cinq ans)

- Établir un Fonds d'éducation et de formation des ressources humaines en santé d'un milliard de dollars en cinq ans.
- Augmenter le financement destiné aux établissements d'enseignement postsecondaire afin d'alléger certaines des pressions qui font grimper les frais de scolarité. Fournir aux étudiants plus d'aide financière directe sous forme de bourses d'études plus particulièrement.
- Établir un fonds ponctuel de rattrapage de 1,15 milliard de dollars pour ramener l'équipement médical à un niveau acceptable.
- Aider les prestataires à améliorer leurs compétences spécialisées ou à en acquérir pour pouvoir utiliser davantage les TIC et prévoir l'exécution de projets pilotes dynamiques de solutions TIC dans les régions éloignées.

Sources de revenu

Dans les propositions décrites ci-dessus au sujet du financement global du système de santé, nous recommandons une augmentation progressive de l'appui fédéral accordé aux soins de santé et dont les investissements les plus importants ne commenceraient qu'après 2005–2006. Nous sommes d'avis que cette stratégie permettrait de tirer la majeure partie des fonds des cadres budgétaires existants (ou prévus).

Dans le contexte de la discussion générale, l'AMC a réuni des spécialistes clés, le 25 septembre 2002, pour discuter de questions reliées à l'interface entre la fiscalité et la santé. Un des enjeux abordés a été celui de la possibilité d'utiliser des impôts réservés comme moyen de réunir des revenus, principalement pour les dépenses d'équipement à court terme. En ce qui a trait à tout nouveau mécanisme de financement, les participants ont reconnu qu'il fallait tenir compte des principes de l'équité, de la progressivité et de l'équité horizontale et verticale pour définir toute nouvelle source de financement des services de santé.

Bien que certains soient d'avis qu'il reste dans le système des inefficiences qui, une fois éliminées, pourraient produire du financement pour des besoins à venir dans le domaine des soins de santé, ce n'est pas ce que pensent les membres de l'AMC qui œuvrent aux premières lignes du système. Le défi que l'AMC pose au gouvernement, c'est de ne pas permettre qu'on invoque le manque de revenu comme excuse pour ne pas aller de l'avant avec la réforme des soins de santé au Canada. L'AMC attend avec impatience les recommandations des rapports Kirby et Romanow, qui éclaireront davantage les travaux dans ce domaine.

INVESTISSEMENTS DANS LA SANTÉ PUBLIQUE

La santé publique constitue essentiellement la réponse organisée de la société afin de protéger et de promouvoir la santé et de prévenir les maladies, les traumatismes et l'incapacité. Ces efforts exigent de la coordination et de la coopération entre les particuliers, les gouvernements (fédéral, provinciaux, territoriaux et administrations municipales), les organismes communautaires et le secteur privé. Un élément constituant important de la santé publique porte avant tout sur la promotion d'habitudes de vie saines afin d'améliorer l'état de santé de la population et de réduire le fardeau et l'impact que représentent les maladies chroniques et infectieuses. Les États-Unis ont engagé récemment 4,3 milliards de dollars dans les Centers for Disease Control and Prevention, ce qui nous met au défi d'appuyer de la même façon les activités qui renforcent encore davantage le système de santé public du Canada^{vii}.

Dans le discours du Trône du 30 septembre 2002, le gouvernement a signalé l'importance d'un solide système de santé public et a promis «d'aller de l'avant avec un plan d'action dans les secteurs de la santé qui relèvent directement de sa responsabilité», ce qui comprend faire face aux risques nouveaux, s'adapter à la technologie moderne et mettre l'accent sur la prévention des maladies et la promotion de la santé. Nous considérons qu'il s'agit là d'un engagement important que nous suivrons de près à mesure que le plan évoluera. Entre-temps, nous avons défini trois secteurs de la santé publique qui ont besoin d'aide fédérale plus immédiate.

Préparation aux interventions d'urgence

Dans le mémoire que nous avons présenté l'année dernière au Comité permanent, nous avons traité des questions urgentes de soins de santé et de sécurité découlant des événements tragiques survenus le 11 septembre 2001 aux États-Unis. L'AMC a soulevé de sérieuses préoccupations au sujet de la capacité du système public de soins de santé du Canada à faire face aux catastrophes et elle a présenté de nombreuses recommandations au sujet de la préparation nationale sur les plans de la sécurité, de la santé et de la capacité du système. Même si l'on a fait quelques progrès pour répondre à ces besoins, l'AMC est convaincue que notre capacité de répondre aux urgences dans le domaine de la santé présente toujours d'importantes lacunes.

En période d'urgence, les cabinets de médecins et les services d'urgence des hôpitaux sont au nombre des premiers points de contact avec le système de santé pour la population canadienne. Comme nous l'avons signalé plus tôt dans le mémoire que l'AMC a présenté au Comité permanent, nous avons vu au cours des dernières années les pressions énormes qui peuvent s'exercer sur ces services lorsque même un problème très courant comme la grippe frappe une communauté.

Même si une municipalité est bien préparée, il arrivera que les responsables de la santé publique devront se tourner vers la province, le territoire ou le fédéral pour obtenir de l'aide. La réussite d'une telle démarche multilatérale est tributaire d'une bonne planification entre le fédéral, les provinces et les territoires et les administrations locales. Le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer afin d'améliorer de toute urgence la coordination entre les autorités et de réduire la variabilité entre les divers plans d'intervention, en collaboration avec les autorités provinciales (et les aider à établir des plans là où il n'y en a pas).

Vaccination des enfants

Au début du siècle dernier, les maladies infectieuses étaient la principale cause de mortalité dans le monde. Au Canada, elles causent maintenant moins de 5 % du total des décès grâce aux programmes de vaccination. La vaccination protège l'ensemble de la population en empêchant la maladie de se propager : plus il y a de gens vaccinés, plus le risque de maladie diminue. Afin de minimiser la propagation des maladies évitables par la vaccination, il faut maintenir des niveaux très élevés de vaccination. Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a formulé des recommandations canadiennes générales sur l'utilisation des vaccins en se fondant sur l'expertise des spécialistes de la santé publique, des maladies infectieuses et de la pédiatrie d'un bout à l'autre du Canada.

Les enfants de toutes les provinces du Canada sont vaccinés de routine contre neuf maladies. Pour quelque 150 \$ de vaccins, il est possible de vacciner un enfant canadien, de la petite enfance jusqu'à l'adolescence, contre ces maladies qui peuvent laisser des séquelles permanentes. Le niveau de vaccination varie malheureusement d'une région à l'autre du Canada, ce qui est inacceptable. Tous les enfants du Canada devraient et doivent bénéficier de la protection que leur offre la science actuelle contre les maladies évitables par la vaccination, selon les recommandations des spécialistes de la santé publique.

L'AMC recommande une stratégie à deux volets. Nous encourageons d'abord le gouvernement fédéral à collaborer avec les provinces et les territoires pour établir conjointement des objectifs en matière de vaccination, notamment en créant des liens entre les systèmes de tenue de dossiers, en mettant en œuvre des guides sur l'innocuité des vaccins et en établissant des partenariats d'achat. Nous exhortons ensuite le gouvernement fédéral à œuvrer à l'intérieur de ce cadre pour assurer que l'on mette en œuvre trois nouveaux vaccins partout au Canada afin d'empêcher les enfants d'attraper la varicelle, la méningite et le pneumocoque (principale cause d'infections bactériennes envahissantes, de pneumonie bactérienne et d'infection de l'oreille moyenne chez les enfants).

Stratégie nationale antidrogue

L'élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre les problèmes reliés aux drogues illicites devrait constituer une priorité pour les dirigeants et les investissements fédéraux. La consommation de drogues illicites a des effets indésirables sur la santé des Canadiens et sur le mieux-être de la société. L'AMC est d'avis que le gouvernement doit s'attaquer à la consommation des drogues illicites par une politique plus générale sur la santé publique.

Recourir seulement à la justice criminelle pour s'attaquer à une maladie ne convient pas particulièrement lorsque l'on reconnaît de plus en plus qu'une telle approche est inefficace et aggrave les préjudices. Il faudrait détourner dans la mesure du possible les toxicomanes de l'appareil judiciaire criminel vers les milieux du traitement et de la réadaptation.

Nous félicitons le gouvernement de s'être engagé récemment, dans le discours du Trône du 30 septembre 2002, à mettre en œuvre une stratégie nationale antidrogue pour lutter contre les toxicomanies tout en appuyant la sécurité publique. Dans ce contexte, l'AMC exhorte le gouvernement à mettre en œuvre intégralement et à évaluer une stratégie nationale antidrogue avant d'aller plus loin et de modifier le statut légal de la marijuana.

INVESTISSEMENTS DANS LA SANTÉ PUBLIQUE (700 millions de dollars en trois ans)

- Créer, à l'intention des autorités municipales et provinciales, un fonds d'aide pour appuyer le renouvellement de l'infrastructure de santé publique sur la scène locale, améliorer la coordination des interventions d'urgence entre les dirigeants de la santé publique, les services de police, d'incendie et d'ambulance, les hôpitaux et d'autres services, et appuyer l'infrastructure de réponse aux situations d'urgence en santé publique.
- Continuer à investir dans les ressources et l'infrastructure (c.-à-d. fournitures médicales, équipement, installations de laboratoires et formation des professionnels de la santé) nécessaires pour prévoir les catastrophes et y répondre.
- Mettre en œuvre une stratégie nationale de promotion de la vaccination afin d'instaurer le niveau optimal d'immunisation pour tous les Canadiens et d'assurer que tous les enfants soient couverts de façon routinière par des vaccins infantiles recommandés.
- Élaborer une stratégie antidrogue nationale et intégrée portant sur l'utilisation des drogues à des fins non médicales qui rééquilibre la distribution des ressources afin que l'on puisse en affecter une plus grande proportion au traitement, à la prévention, à l'abandon et à la réduction des préjudices.

CONCLUSIONS

La réforme du système de santé du Canada pose un défi de taille. Elle passe par la participation et l'assentiment de tous les paliers de gouvernement. Elle exige aussi la présence à la table de planification des prestataires, des autres intervenants et des utilisateurs, les Canadiens. La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a entrepris il y a un an et demi une vaste étude des enjeux qui ont des répercussions sur le système de santé du Canada, y compris les valeurs des Canadiens. Comme prestataires de soins aux premières lignes du système de santé, les médecins du Canada se considèrent comme des partenaires clés de cette réforme.

L'AMC attend avec impatience les recommandations de la Commission Romanow et du Comité sénatorial. Nous demanderons aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de rendre compte de leur mise en œuvre rapide d'une réponse comportant des résultats bien définis. Il est clair que nous considérons la publication du rapport comme une occasion à saisir de prendre le virage de la réforme du système de santé. Il faut agir dès maintenant et non attendre que le système se répare de lui-même. Les médecins du pays sont prêts à faire leur part. Il suffit de leur demander.

NOTES

ⁱ Depuis 2000, quatre provinces ont entrepris une étude majeure de leur régime de soins de santé (Caring for Medicare: Sustaining a Quality System (la Commission Fyke), avril 2001; la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (la Commission Clair); Patients First: Renewal and Reform of British Columbia's Health Care System, décembre 2001; A Framework for Reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health (le Rapport Mazankowski), janvier 2002.

ⁱⁱ Dans un article récent publié par l'Institut C.D. Howe, Patrick Monahan et Stanley Hartt soutiennent que la Constitution donne aux Canadiens le droit d'avoir accès à des soins de santé financés par le secteur privé si le système public ne leur offre pas l'accès aux soins en temps opportun.

ⁱⁱⁱ Les précédents relatifs à de tels transferts comprennent le Programme national de subventions à la santé lancé en 1948, qui visait à développer l'infrastructure de la santé au Canada. Plusieurs fonds créés récemment dans le contexte de l'Accord sur la santé signé par les premiers ministres en septembre 2000 visaient à appuyer le développement de la petite enfance, l'équipement médical, l'infrastructure de la santé et le renouvellement des soins primaires.

^{iv} Organisation de coopération et de développement économiques. *Panorama de la santé*. Paris, France : OCDE; 2001.

^v L'AMC a publié le 17 octobre 2000 une politique sur Les enjeux de la pratique en milieu rural et éloigné (JAMC, 17 octobre 2000, Vol. 163 (8)).

^{vi} Le Forum médical canadien 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 médecins résidents, la Fédération des ordres des médecins du Canada, le Conseil médical du Canada et l'Association canadienne des institutions de santé universitaires.

^{vii} Comme l'a annoncé le 20 décembre 2001 le Département de la Santé et des Services humains des États-Unis. Disponible à l'adresse <http://www.hhs.gov/news>.