

# **L'examen annuel par L'AMC du système de santé du Canada**

---

Mémoire présenté au Comité permanent  
des finances de la Chambre des communes  
Consultations prébudgétaires

**Le 25 septembre 2003**

Sunil V. Patel, MB, ChB  
PRÉSIDENT

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 national 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.

Pour le compte de ses 55 000 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, promouvoir l'accès à des soins de santé 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 professionnel sans but lucratif qui représente la majorité des médecins du Canada, et regroupe 12 divisions provinciales et territoriales ainsi que 45 organisations médicales affiliées.

---

ASSOCIATION  
MÉDICALE  
CANADIENNE



CANADIAN  
MEDICAL  
ASSOCIATION

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>ii</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>QUESTION A REGLER – RESPECTER LES PROMESSES DE L’ACCORD SUR LA SANTÉ .....</b>	<b>4</b>
REINVESTISSEMENTS FEDERAUX DANS LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE .....	4
TRANSFERT CANADIEN EN MATIERE DE SANTE.....	5
CONSEIL DE LA SANTE DU CANADA .....	5
LA RECHERCHE SUR LA SANTE .....	6
<b>PROTEGER LA SANTE PUBLIQUE .....</b>	<b>7</b>
<b>RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTE .....</b>	<b>10</b>
<b>ÉTAT DE SANTE DES AUTOCHTONES.....</b>	<b>12</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>13</b>

## ANNEXES

Annexe A : Réinvestissements fédéraux dans le financement des soins de santé.....	15
Annexe B : Recommandations de l’AMC au Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique.....	16
Annexe C : Initiative RAFALE (rapide, fiable, accessible, liée et efficace) de communication et de coordination en santé.....	18
Annexe D : Chaîne d'approvisionnement d'urgence en fournitures et matériel médical .....	22
Annexe E : Institut de la santé pour les ressources humaines (ISRH).....	24
Annexe F : Quelques statistiques claires sur la santé...Le Canada tire-t-il de l’arrière? .....	26

ASSOCIATION  
MÉDICALE  
CANADIENNE



CANADIAN  
MEDICAL  
ASSOCIATION

## SOMMAIRE

L'année a été vraiment remarquable pour le Canada en ce qui concerne la santé et les politiques de santé général. Nous félicitons le gouvernement fédéral pour les réinvestissements effectués à l'occasion de l'Accord sur la santé de février 2003. Toutefois, ce que nous médecins continuons d'entendre dans nos bureaux, cabinets et hôpitaux partout au pays, ce sont les préoccupations de nos patients qui craignent toujours que le système de santé ne soit pas là pour eux lorsqu'ils en auront besoin. Même si les médecins du Canada peuvent comprendre que l'on souhaite «tourner la page» sur les questions de santé, il faut résister à la tentation. Il est approprié et prudent que le gouvernement fédéral prenne le pouls du système de santé au moins une fois par année – le soumette à un examen annuel, pour ainsi dire – afin de faire le point sur l'évolution de la situation et de déterminer les priorités de la prochaine année.

Cette année, la présentation de l'Association médicale canadienne (AMC) au Comité permanent des finances s'attache beaucoup moins aux grandes questions de financement pour se pencher davantage sur des initiatives stratégiques nationales ciblées, susceptibles d'offrir un rapport coût avantage très positif. Nous cernons plus particulièrement trois domaines exigeant immédiatement de nouveaux investissements, et nous rappelons aussi de porter aux membres du comité les travaux inachevés des années antérieures.

### Questions à régler

L'AMC se réjouit certes du leadership dont a fait preuve le gouvernement fédéral pour réaliser l'Accord sur la santé de 2003, mais il est maintenant temps de tenir certaines de ces promesses non encore réalisées. Deux éléments sont particulièrement dignes de mention. Lorsque les premiers ministres ont signé l'Accord sur la santé en février 2003, le gouvernement fédéral a convenu d'injecter 2 milliards de dollars de plus dans le système de santé du Canada à la fin de l'exercice en cours (2003–2004) s'il disposait d'un excédent suffisant, en sus de la réserve normale pour éventualité. Le gouvernement fédéral doit respecter cet engagement. On ne peut ranger la santé au nombre des questions résiduelles à traiter après tout le reste.

Il est tout aussi important d'aller de l'avant et de créer le Conseil de la santé du Canada. Les suggestions visant à affaiblir le mandat du Conseil de la santé afin de le rendre plus acceptable pour certaines provinces. Le Canada a besoin d'un mécanisme solide qui produira de meilleures données probantes et rendra mieux compte de façon de dépenser les budgets de la santé du Canada. Le Canada a besoin d'un Conseil de la santé qui offrira à la population du pays, aux prestataires de soins et aux autres intervenants une tribune d'intervention véritable où ils pourront avoir leur mot à dire sur le fonctionnement du système et en surveiller le rendement.

## **Protéger la santé publique**

Le système de santé publique au Canada réside au cœur même de nos valeurs collectives. Il constitue le «bien public» typique et il est essentiel pour maintenir la bonne santé de la population. L'AMC est d'avis que notre système de santé publique est taxé au maximum par les exigences quotidiennes et qu'il est encore moins capable de réagir aux crises émergentes.

Le 25 juin 2003, l'AMC a présenté un mémoire au Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique présidé par le D<sup>r</sup> David Naylor. Nous avons demandé au gouvernement fédéral d'injecter au moins 1,5 milliard de dollars en cinq ans pour réformer les mesures législatives et pour améliorer les compétences et les capacités en recherche, surveillance et communications.

L'AMC demande le financement immédiat dans deux secteurs prioritaires. Tout d'abord, il s'agit de la même proposition que nous avons présentée au Comité permanent des finances l'an dernier : l'initiative RAFALE (rapide, fiable, accessible, lié et efficace) de communication et de coordination en santé. Ce plan vise à accroître la capacité du système de santé publique de communiquer en temps réel, entre de multiples organismes et avec les prestataires de soins de santé. Si l'on avait adopté la recommandation mise de l'avant par l'AMC. Nous aurions peut-être été davantage préparés à communiquer avec les prestataires de soins lorsque le SRAS a fait son apparition pour la première fois à Toronto. L'amélioration des communications doit cette fois être prioritaire – nous ne pouvons nous permettre d'écarter cette recommandation une autre année.

La deuxième priorité à court terme en santé publique consiste à investir dans la chaîne d'approvisionnement d'urgence utilisée en période de crise. Le SRAS nous a montré que la région métropolitaine de Toronto, qui dispose d'un des systèmes de santé publique et de soins actifs les plus modernes au Canada, n'a pu faire face à la crise du SRAS et continuer de répondre à d'autres besoins en soins actifs ou de fournir d'autres services de santé publique importants comme des programmes de prévention du suicide. Le gouvernement fédéral doit garantir à la population canadienne que des plans seront en place lorsque le système de santé devra faire face à une nouvelle urgence en santé publique.

## **Assurer l'offre, la répartition et la composition adéquates des ressources humaines de la santé au Canada**

La santé est avant tout une activité orientée vers les personnes. Parmi tous les enjeux cruciaux auxquels fait face le système de soins de santé du Canada, il n'y en a pas de plus critique que les pénuries de prestataires de soins de santé. On peut dire carrément que si l'on ne dispose pas de ressources humaines nécessaires pour dispenser des soins et des traitements, tout le reste n'a aucune importance.

Même si les 90 millions de dollars prévus dans le budget de 2003-2004 pour «*améliorer la planification et la coordination des ressources humaines en santé à l'échelle nationale, dont l'amélioration des prévisions au titre des besoins de ressources humaines de la santé*» nous ont encouragés, on n'a toujours pas de détails clairs sur la façon dont cet argent sera réparti et à quelles fins il servira.

L'AMC est d'avis, par exemple, qu'il faudrait créer un Institut autonome de la santé pour les ressources humaines (ISRH) qui se chargerait du côté humain de la santé, tout comme des instituts existants s'occupent des aspects techniques de la santé (OCCETS) et d'information (ICIS) en la matière.

### **Améliorer l'état a santé des peuples autochtones du Canada**

L'état de santé des Autochtones du Canada est particulièrement alarmant : en dépit d'améliorations réalisées au cours des dernières décennies, le Canada n'a pu en grande partie s'attaquer adéquatement aux problèmes de santé de cette communauté.

Au cours de l'Assemblée générale annuelle de l'AMC en août 2003, la ministre de la Santé Anne McLellan a signalé qu'en dépit d'un investissement important, l'évolution de l'état de santé des Autochtones du Canada demeure médiocre. L'AMC recommande que le gouvernement fédéral adopte un examen intégré visant à déterminer comment l'argent consacré à la santé, aux soins de santé et aux domaines connexes d'investissement en faveur des Autochtones peut améliorer l'évolution de leur état de santé. Les résultats actuels ne suffisent pas. Il faut faire mieux.

### **Conclusion**

Pour le secteur des soins de santé et, en fait, pour tous les Canadiens, l'année a été vraiment remarquable pour le Canada en ce qui concerne la santé et les politiques de santé général. À de nombreux égards, les événements de février ont marqué un virage vers un réinvestissement important dans le système de soins de santé. À la suite de l'éclosion du SRAS en Ontario et de l'apparition d'autres préoccupations importantes dans le domaine de la santé publique comme le virus du Nil occidental, la santé est toutefois demeurée une préoccupation de premier plan pour beaucoup de Canadiens.

Nous savons aussi qu'en dépit d'investissements annoncés dans le budget fédéral de 2003, il y a toujours des domaines où des initiatives stratégiques ciblées sont très prometteuses sur le plan de l'optimisation des ressources. La santé publique, les ressources humaines de la santé et l'état de santé des Autochtones du Canada sont les trois domaines que nous avons mis en évidence et où une attention et un financement supplémentaires peuvent avoir un impact réel à l'échelon national. Lorsqu'il est question de ces investissements, il faut toutefois nous rappeler que nous n'avons pas les moyens de prendre à Pierre pour donner à Paul. Les systèmes de santé publique et de soins actifs doivent bénéficier simultanément d'une augmentation des investissements afin d'éviter qu'un système se déleste d'un problème sur l'autre.

Pour reprendre l'analogie du bilan annuel de santé, terminons avec ce pronostic. De nombreuses interventions de l'année écoulée devraient contribuer avec le temps à soulager les symptômes aigus du patient. Nous devons toutefois nous garder de faire preuve de complaisance. À long terme, la santé exige que l'on assure le suivi des initiatives de l'année dernière, que l'on effectue de nouveaux investissements ciblés et que l'on fasse preuve d'une vigilance soutenue. Nous attendons avec impatience l'année qui vient.

## INTRODUCTION

Lorsque les historiens se pencheront sur 2003, ils pourront très bien parler de l'année de la santé. Depuis que l'Association médicale canadienne (AMC) a présenté son mémoire au Comité permanent des finances le 22 octobre 2002, plusieurs événements clés ont mis en évidence la santé et les soins de santé dans l'esprit de la population canadienne. Le sénateur Michael Kirby et le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie ont lancé l'année en publiant, en octobre 2002, le rapport final de l'étude que le Comité a faite du système fédéral de soins de santé. Le rapport a été suivi de près par le rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (la Commission Romanow) en novembre.

En février 2003, les premiers ministres du Canada ont conclu leur deuxième Accord sur la santé en un peu plus de deux ans à peine. Février a aussi été le mois du budget fédéral 2003, dont la santé a été un élément vedette clé. Conjuguée à la préoccupation continue soulevée par le fait que le système de santé ne répond pas aux besoins des patients en temps opportun, l'émergence de menaces à la santé des Canadiens, comme le SRAS et le virus du Nil occidental, illustre clairement l'importance que les soins de santé ont prise comme enjeu au cours de l'année écoulée.

En fait, les Canadiens montrent toujours un intérêt inébranlable à l'égard de la santé et du système de santé. Selon un sondage EKOS, *Voix individuelles, choix collectifs*, entre août 1995 et janvier 2002<sup>ii</sup>, les Canadiens ont considéré constamment les soins de santé comme leur plus grande priorité pour le gouvernement fédéral, comparativement à d'autres enjeux importants des politiques publiques (dette, taux d'imposition et chômage). Même si l'on reconnaît toujours que des progrès s'imposent dans le domaine de la santé, des sondages réalisés par Ipsos Reid pour l'AMC ont révélé que le public est toujours insatisfait de la réponse du gouvernement fédéral au problème de la santé. Dans le troisième bilan national annuel sur les soins de santé que l'AMC a publié récemment, 64 % des répondants accordent au gouvernement fédéral une note de «C» ou «F» pour son rendement dans le domaine de la santé au Canada<sup>iii</sup>.

L'AMC reconnaît toutefois que la flambée d'activités et l'importance de l'attention publique que la santé et les soins de santé ont attirée au cours de l'année écoulée peuvent être une cause de *fatigue face aux politiques*. Les praticiens qui œuvrent dans le système de santé continuent toutefois de constater que la capacité d'avoir accès aux services de santé quand et là où ils en ont besoin préoccupe toujours les Canadiens. Si l'on y ajoute leur sentiment accru de vulnérabilité face à de nouvelles maladies infectieuses et aux comptes rendus continus où il est question de la détérioration de notre infrastructure publique de soins de santé, l'anxiété à l'égard de la santé et du système de santé est devenue presque palpable au cours de l'année écoulée.

Les soins de santé constituent en outre un secteur énorme de notre économie. Le système de santé du Canada, qui pèse plus de 112 milliards de dollars<sup>iv</sup>, représente 9,7 % du produit intérieur brut<sup>v</sup>. À l'échelon fédéral, les transferts importants aux autres paliers de gouvernement (dont un pourcentage important sert à appuyer les soins de santé dans les provinces et les territoires) représentent presque le quart (22 %) du total des dépenses de programme du gouvernement fédéral<sup>vi</sup>.

Même si les médecins du Canada peuvent comprendre que l'on souhaite «tourner la page» sur les questions de santé, il faut résister à la tentation. Il est approprié et prudent que le gouvernement fédéral prenne le pouls du système de santé au moins une fois par année – le soumette à un examen annuel, pour ainsi dire – afin de faire le point sur l'évolution de la situation et de déterminer les priorités de la prochaine année.

L'AMC reconnaît que l'on a réalisé des progrès importants au cours de l'année écoulée sur le plan du réinvestissement dans le système de santé du Canada. C'est pourquoi, dans ce mémoire que nous présentons au Comité permanent des finances, nous délaissions en grande partie les enjeux du financement global pour concentrer plutôt notre attention sur des initiatives ciblées d'envergure nationale et porteuses de grandes promesses sur le plan de l'optimisation des ressources. Nous avons plus précisément défini trois domaines où il faut investir sur-le-champ de l'argent frais.

1. Protéger la santé publique;
2. Garantir l'offre, la distribution et la composition adéquates des ressources humaines de la santé au Canada;
3. État de santé des Autochtones du Canada.

Une de ces initiatives réussira-t-elle à elle seule à améliorer l'état de santé global de la population canadienne et à lui faciliter l'accès aux soins de santé? En améliorant l'infrastructure de la santé publique, en améliorant l'offre de ressources humaines de la santé et en répondant aux besoins des Autochtones du Canada, qui sont particulièrement urgents dans le domaine des soins de santé, les mesures proposées représentent des étapes importantes qu'il est possible de franchir afin d'éliminer un grand nombre de problèmes d'accès qui constituent les grandes préoccupations de tellement de Canadiens.

Avant d'aborder ces nouveaux investissements prioritaires, il y a toutefois quelques questions à régler qu'il faut signaler à l'attention des membres du Comité permanent.

## **Question à régler – Respecter les promesses de l'accord sur la santé**

### **Réinvestissements fédéraux dans le financement des soins de santé**

En février 2003, le gouvernement fédéral a annoncé un nouveau financement de 24,9 milliards de dollars sur cinq ans<sup>1</sup> pour les provinces et les territoires. Il s'agissait d'un investissement important et nous félicitons le gouvernement fédéral d'avoir accordé la priorité à la santé, mais il reste un écart persistant entre les réinvestissements effectués et les recommandations de l'AMC relatives au financement frais nécessaire pour soutenir la base du système de santé (l'Annexe A contient plus de détails au sujet de cet écart de financement).

---

<sup>1</sup> Le total de 24,9 milliards de dollars inclut tous les nouveaux transferts fédéraux aux provinces et aux territoires (ciblés et non ciblés) annoncés dans le contexte de la réunion des 4 et 5 février 2003 des premiers ministres et confirmés dans le budget fédéral du 18 février 2003. Il inclut les 2 milliards de dollars de financement qui seront rendus disponibles à la fin de l'exercice 2002-2003. Il n'inclut pas le financement annoncé plus tôt au titre du TCSPS, ni les investissements dans les programmes fédéraux de santé.



Lorsque les premiers ministres ont signé l'Accord sur la santé en février 2003, le gouvernement fédéral a convenu d'injecter 2 milliards de dollars de plus dans le système de santé du Canada à la fin de l'exercice en cours (2003-2004) s'il disposait d'un excédent suffisant, en sus de la réserve normale pour éventualité<sup>vii</sup>. Au cours de l'été, des reportages des médias ont toutefois laissé entendre qu'il se pourrait que cet argent ne soit pas disponible. Cette préoccupation a eu des répercussions négatives sur la relation fédérale/provinciale/territoriale (F/P/T) et a créé un obstacle à l'évolution de la réforme des soins de santé.

C'est exactement cette imprévisibilité qui pousse les provinces/territoires à se méfier davantage du rôle fédéral dans le secteur de la santé. Même si l'AMC est convaincue que le gouvernement fédéral a un rôle crucial à jouer en appuyant les soins de santé d'un bout à l'autre du Canada, il doit jouer de façon à rassurer les provinces et les territoires en affirmant qu'il tiendra ses promesses. C'est ainsi que doivent s'effectuer les investissements fédéraux dans la santé.

Nous affirmons le plus catégoriquement possible que l'AMC et les médecins du Canada s'attendent à ce que le gouvernement fédéral mette de l'ordre dans ses affaires budgétaires pour pouvoir tenir cette promesse. Il ne faut pas traiter le système de santé du Canada comme ce qui reste après qu'on a fait face aux autres éventualités.

### **Transfert canadien en matière de santé**

L'AMC se réjouit de voir que le gouvernement a annoncé dans son budget de 2003 la création d'un Transfert canadien distinct en matière de santé qui entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2004. L'AMC est d'avis que cette mesure constitue un pas important de franchi vers une responsabilité et une transparence des fonds plus grandes et nous félicitons le gouvernement fédéral de cette initiative audacieuse. En créant le Transfert canadien en matière de santé, le gouvernement a toutefois oublié d'y intégrer la caractéristique clé que constitue la façon d'assurer la viabilité continue de l'appui fédéral aux soins de santé dans les provinces et les territoires.

Sans indexation intégrée, les affirmations que fait le gouvernement fédéral en déclarant que ces investissements ont rendu le système viable semblent vides de sens. Dans sa forme actuelle, le Transfert canadien en matière de santé ne prévoit pas d'augmentations de financement correspondant à la hausse des dépenses de santé ou à la capacité du pays de payer. À long terme, on reviendra au déséquilibre entre le financement fédéral et les dépenses de santé des provinces et des territoires. L'AMC répète la recommandations qu'elle a présentée l'année dernière au Comité permanent des finances et à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada : une indexation intégrée fondée sur les augmentations du PIB constitue un élément fondamental du Transfert canadien en matière de santé.

### **Conseil de la santé du Canada**

L'absence persistante de progrès à l'égard du Conseil de la santé du Canada constitue l'une des questions à régler les plus importantes découlant de l'Accord sur la santé de février 2003. Les Canadiens exigent davantage de comptes à l'égard de leur système de santé. Ils en sont aussi assez des chamailleries entre les niveaux de compétence au sujet du financement des soins de santé.

Un Conseil constituerait une tribune qui permettrait une évaluation non politique des questions de santé, loin du contexte des disputes politiques qui définissent les soins de santé au Canada depuis plus d'une décennie. Le Conseil améliorerait aussi la façon dont le fédéral, les provinces et les territoires rendraient compte de la dépense des budgets de la santé au Canada afin d'assurer que ces dépenses sont judicieuses.

En février, les gouvernements ont promis à la population canadienne que le Conseil de la santé serait créé en mai. Pendant tout l'été 2003, des représentants du gouvernement fédéral ont indiqué que c'était seulement une question de temps. Au cours de leur conférence annuelle du 4 septembre 2003, les ministres fédérale, provinciaux et territoriaux de la Santé ont convenu de prendre sept semaines de plus pour «accélérer les travaux visant à créer le Conseil de la santé<sup>viii</sup>». Avant la réunion, l'AMC a mis les ministres de la Santé au défi de ratifier un plan de création du Conseil de la santé du Canada qui garantirait que le Conseil serait mis sur pied au plus tard le 28 novembre 2003, un an après la publication du rapport final de la Commission Romanow<sup>ix</sup>.

Les suggestions visant à affaiblir le mandat du Conseil de la santé afin de le rendre plus acceptable pour certains niveaux de compétence ne sont pas la solution. Le Canada a besoin d'un mécanisme solide qui produira de meilleures données probantes et rendra mieux compte de façon de dépenser les budgets de la santé du Canada.

Les Canadiens ont besoin d'un Conseil de la santé indépendant et doté de pouvoirs. Le sénateur Kirby l'a déclaré lorsqu'il a préconisé la création d'un Conseil national des soins de santé<sup>x</sup>. Le commissaire Romanow l'a dit lui aussi lorsqu'il a recommandé de créer un Conseil de la santé du Canada<sup>xi</sup>. Les Canadiens exigent davantage de comptes. Assez tergi versé. Il est temps d'agir!

## **La recherche sur la santé**

La recherche sur la santé est un autre domaine où il faut réinvestir constamment. Dans le mémoire qu'elle a présenté à la Commission Romanow, l'AMC a exhorté le gouvernement fédéral à y consacrer l'équivalent d'au moins 1 % des dépenses nationales de santé. En 2002, ce montant aurait représenté environ 1,1 milliard de dollars, même si les dépenses réelles du gouvernement fédéral n'ont atteint que 727,2 millions<sup>xii</sup> en 2002-2003.

Le Canada doit cesser de considérer les dépenses de la santé comme une ponction qui s'exerce sur les budgets gouvernementaux et commencer à les traiter comme celles de tout autre secteur – des investissements. Les retombées d'une augmentation de l'investissement consacré à la recherche vont beaucoup plus que loin le laboratoire du chercheur. Le rendement de l'investissement peut plutôt multiplier l'investissement initial par l'augmentation des possibilités commerciales, l'innovation accrue et l'accroissement de la productivité. C'est pourquoi l'AMC appuie en principe le concept proposé par le D<sup>r</sup> Henry Friesen, soit la création d'un Conseil d'innovation en santé afin d'encourager l'innovation et l'investissement dans le système de santé du Canada.

## Recommandations clés

Respectez vos engagements. Demandez au ministre des Finances de tenir sa promesse de réinjecter 2 milliards de dollars dans le système de santé du Canada pendant l'exercice en cours.

Dotez le Transfert canadien en matière de santé d'un mécanisme de croissance intégré afin d'assurer que la contribution fédérale au système de santé évolue et demeure viable.

Assez tergiversé! Créez le Conseil de la santé du Canada.

Consacrez à la recherche en santé un financement de soutien équivalent à au moins 1 % des dépenses nationales de santé.

## Protéger la santé publique

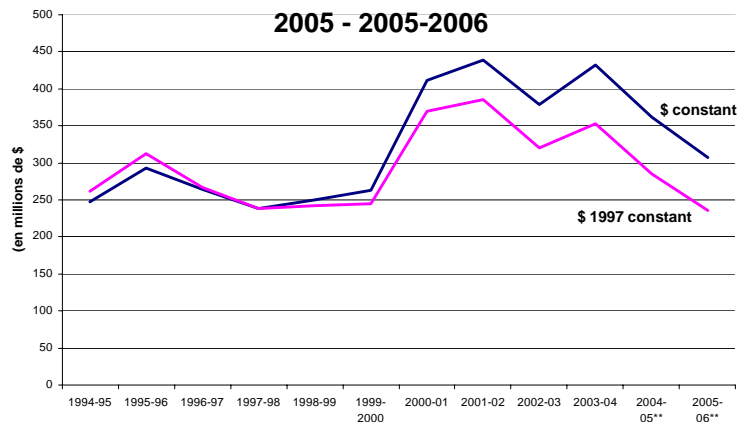
Le système de santé publique au Canada réside au cœur même de nos valeurs collectives. Il constitue le «bien public» typique et le pivot du maintien en bonne santé de la population. Le système inclut la réponse systématique aux maladies infectieuses, mais beaucoup plus encore. Il garantit l'accès à l'eau potable propre, de bonnes installations sanitaires et la lutte contre les parasites et autres vecteurs de maladies. Le système prévoit des cliniques de vaccination et des programmes de promotion d'habitudes de vie saines. Il protège aussi la population canadienne face à une crise de la santé publique comme le SRAS.

Notre système de santé publique est la première ligne de défense — et souvent la seule — contre des menaces infectieuses et non infectieuses émergentes et courantes à la santé de la population canadienne. Nous ne sommes toutefois aussi forts que

le maillon le plus faible de la chaîne de survie en cas d'interventions d'urgence. La plupart des menaces à la santé ne connaissent pas de frontières et c'est pourquoi nos systèmes de santé publique doivent être constamment «prêts à livrer bataille».

L'AMC est d'avis que notre système de santé publique est taxé au maximum par les exigences quotidiennes et qu'il est encore moins capable de réagir aux urgences. Les événements tragiques de septembre 2001 l'ont démontré clairement.

**Graphique 1 : Investissements fédéraux dans la santé publique\***  
Fondé sur les estimations nationales 1994-2005 - 2005-2006



Source : Budget des dépenses du gouvernement du Canada

\* La santé publique inclut les dépenses tirées des résultats stratégiques de la promotion de la santé et de la prévention des maladies.

\*\* Dépenses prévues

\$ constants de 1997, calculé au moyen de l'indice des prix de la santé (Conference Board du Canada et Statistique Canada - projet 2003)

C'est pourquoi l'AMC a consacré le mémoire qu'elle a présenté au Comité permanent des finances en 2001 aux enjeux liés à la préparation aux interventions en cas d'urgence sur les plans de la sécurité, de la santé et de la capacité. Compte tenu du SRAS et d'autres menaces à la santé publique, ces recommandations valent toujours<sup>xiii</sup>. Nous soutenons que si l'on avait pris ces mesures, le Canada aurait été mieux préparé à relever les défis récents posés à la santé publique. On a malheureusement fait le contraire. Au lieu de réinvestir dans la santé publique, le gouvernement fédéral prévoit une réduction des dépenses ministérielles dans ce domaine. Selon les prévisions de dépenses du gouvernement du Canada, les dépenses consacrées à la santé publique diminueront en fait en 2005-2006, en dollars courants pour atteindre leur niveau le plus bas en plus d'une décennie (graphique 1).

Même si les investissements récents dans le système de soins de santé nous encouragent, nous remettons en question le manque d'investissement et les réductions prévues du financement consacré à la santé publique. Nous ne pouvons continuer de prendre à Pierre pour donner à Paul. Les systèmes de santé publique et de soins actifs ont tous deux besoin d'attention et d'investissements continus.

Le 25 juin 2003, l'AMC a présenté un mémoire au Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique présidé par le D<sup>r</sup> David Naylor. Nous y avons affirmé qu'il fallait harmoniser plus clairement l'autorité et la responsabilité en périodes d'urgence extraordinaire dans le domaine de la santé. Nous avons aussi insisté sur le besoin d'améliorer la capacité du système de répondre aux menaces à la santé publique d'un bout à l'autre du Canada. À cette fin, nous demandons au gouvernement fédéral d'injecter au moins 1,5 milliard de dollars en cinq ans pour réformer les mesures législatives et pour améliorer les compétences et les capacités en recherche, surveillance et communications. (Le mémoire que l'AMC a présenté au Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique en juin 2003 contient plus de détails<sup>xiv</sup>. L'Annexe B contient nos recommandations et des coûts connexes.)

Même s'il est important, ce financement représente un investissement modeste seulement par rapport au coût éventuel énorme d'une autre crise du SRAS, par exemple. Il faut considérer que 1,5 milliard de dollars en cinq ans, c'est le minimum qu'il faudrait affecter à ces initiatives afin d'opérationnaliser chacune des recommandations. Les estimations n'incluent pas des dépenses existantes de santé publique qui seraient redéployées dans le système. Même si toutes nos recommandations qui portent sur le système public de soins de santé sont importantes, il y a deux aspects sur lesquels le gouvernement fédéral doit intervenir immédiatement, selon l'AMC.

Tout d'abord, il est particulièrement urgent d'améliorer les communications entre les professionnels de la santé et de s'attaquer aux pénuries immédiates de fournitures et de matériel. L'année dernière, nous avons proposé au Comité permanent des finances l'initiative RAFALE (rapide, fiable, accessible, lié et efficace) de communication et de coordination en santé. Ce plan visait à accroître la capacité du système de santé publique de communiquer en temps réel, entre de multiples organismes et avec les prestataires de soins de santé. (L'Annexe C contient une copie de la proposition RAFALE.) Cette recommandation suivait l'appel que nous avons lancé dans notre mémoire de 2000 afin d'accroître les communications entre les dirigeants de la santé publique, les services de police, d'incendie et d'ambulance, les hôpitaux et d'autres services<sup>xv</sup>.

L'efficacité du système de santé publique dépend en grande partie de ses capacités de diffuser au bon moment de l'information faisant autorité. L'information est la clé d'une réponse efficace aux besoins des patients en période d'urgence. L'information en temps réel est aussi essentielle à l'efficacité des soins de santé quotidiens pour diffuser, par exemple, de l'information sur les effets indésirables des médicaments.

Si l'on avait donné suite aux recommandations que l'AMC a présentées en 2001 et en 2002, nous aurions peut-être été mieux préparés à communiquer avec les prestataires de soins de santé lorsque le SRAS a fait son apparition à Toronto. L'AMC a alors mobilisé ses propres réseaux de communication afin de fournir aux médecins les renseignements critiques dont ils avaient besoin pour prendre en charge le SRAS. Même si ces efforts ont réussi à faire passer le message en situation d'urgence, ils ont aussi démontré que le Canada n'a pas de système d'information pour faciliter les communications en temps réel avec les professionnels de la santé. Combien d'incidents comme celui du SRAS faut-il vivre? Il doit s'agir d'une priorité. Avec une injection ponctuelle de 100 millions de dollars et 2 millions de dollars de plus par année, l'initiative RAFALE produirait la capacité technique nécessaire pour communiquer en temps réel avec les prestataires de soins de santé publique des premières lignes en contexte d'urgence en santé. Nous ne pouvons nous permettre de laisser languir cette recommandation encore un an.

La deuxième priorité à court terme dans le domaine de la santé publique consiste à investir dans la chaîne d'approvisionnement d'urgence utilisée en période de crise. Le SRAS nous a montré que la Région du Grand Toronto, qui dispose d'un des systèmes de santé publique et de soins actifs les plus modernes au Canada, n'a pu faire face à la crise du SRAS et continuer de répondre à d'autres besoins en soins actifs ou de fournir d'autres services de santé publique importants comme des programmes de prévention du suicide.

La plupart des hôpitaux pratiquent le juste à temps lorsqu'il s'agit d'acheter des stocks de médicaments. Sans plan de renouvellement rapide des stocks de leur pharmacie et d'expansion de leur capacité, les soins aux patients en souffrent. On manque aussi de lits d'urgence. Le gouvernement fédéral doit garantir aux Canadiens que des plans seront en place lorsqu'une autre urgence en santé publique mettra de nouveau le système de santé à l'épreuve. C'est là que le gouvernement fédéral peut garantir que le système de santé est prêt et rassurer la population canadienne en affirmant qu'il sera là lorsqu'elle en aura besoin (consulter l'Annexe D pour plus de détails).

#### **Recommandation clé**

Affecter sur-le-champ 1,5 milliard de dollars en cinq ans afin de renforcer le système public de soins de santé du Canada pour répondre aux menaces à la santé publique et aux crises aiguës comme celle du SRAS, en commençant par une initiative RAFALE (Rapide, fiable, accessible, liée et efficace) de communication et de coordination en santé et par une chaîne d'approvisionnement d'urgence en fournitures et matériel médical.

## Ressources humaines de la santé

La santé est avant tout une activité orientée vers les personnes. Parmi tous les enjeux cruciaux auxquels fait face le système de soins de santé du Canada, il n'y en a pas de plus critique que les pénuries de prestataires de soins de santé. On peut dire carrément que si l'on ne dispose pas de ressources humaines nécessaires pour dispenser des soins et des traitements aux patients, tout le reste n'a aucune importance. L'évolution importante vers la mise en œuvre des recommandations de 1999 du Forum médical canadien, qui préconisait d'augmenter le nombre de places de formation médicale prédoctorale, et l'augmentation subséquente de 30 % du nombre d'étudiants en première année de médecine encouragent l'AMC. En dépit de ces efforts, la pénurie de médecins préoccupe toujours de plus en plus.

Statistique Canada indique que plus de trois millions de Canadiens n'ont pas de médecin de famille. Pour atteindre le nombre moyen de médecins dans les pays de l'OCDE, le Canada doit en fait augmenter ses effectifs médicaux d'un total alarmant de 38 %. Comme le Canada continue de perdre en moyenne quelque 200 médecins par année à cause de l'émigration, il faut intervenir sans tarder pour s'attaquer à cette préoccupation croissante. De plus, selon des résultats de recherche publiés l'an dernier par l'AIIC, on prévoit que le Canada manquera d'infirmières diplômées (78 000 d'ici 2011 et jusqu'à 113 000 d'ici 2016)<sup>xvi</sup>.

Même si les 90 millions de dollars prévus dans le budget de 2003-2004 pour *«améliorer la planification et la coordination des ressources humaines en santé à l'échelle nationale, dont l'amélioration des prévisions au titre des besoins de ressources humaines de la santé»<sup>xvii</sup>* nous ont encouragés, on n'a toujours pas de détails clairs sur la façon dont cet argent sera réparti et à quelles fins il servira. La situation ressemble en fait à un jeu des gobelets où divers ministères fédéraux s'arrachent du financement et aucun d'entre eux n'essaie de jouer un rôle de premier plan en présentant des propositions claires.

L'AMC a dans ses dossiers des propositions prêtes à mettre en œuvre sur des façons possibles d'utiliser cet argent pour appuyer une planification des ressources de la santé des plus nécessaires. L'AMC est d'avis, par exemple, qu'il faudrait créer un Institut autonome de la santé pour les ressources humaines (ISRH) qui se chargerait du côté humain de la santé, tout comme des instituts existants s'occupent des aspects techniques de la santé (OCCETS) et d'information (ICIS) en la matière. Il s'agirait d'un institut virtuel au sens des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). L'institut devrait favoriser la collaboration et la mise en commun des recherches entre des centres d'excellence universitaires bien connus (p. ex., CMPMS et CHSPR) et entre les milieux de la recherche des associations professionnelles et du secteur public. L'institut faciliterait la planification à long terme fondée sur les besoins et y consacrerait tous ses efforts.

L'ISRH pourrait entreprendre des études d'envergure comme la planification fondée sur les besoins, qui échappe à la compétence ou à la capacité financière de tout niveau de compétence en particulier. On pourrait établir des méthodes normalisées de collecte et d'analyse des données afin d'estimer les besoins en ressources humaines de la santé en fonction des besoins sanitaires particuliers à des maladies et des exigences de la population (p. ex., Autochtones, personnes âgées, etc.). L'institut collaborerait de près avec des fournisseurs de données primaires comme Statistique Canada et l'ICIS. Il compléterait le travail du nouveau Conseil de la santé du Canada.

Parmi les produits que pourrait livrer ce modèle, mentionnons des questions transdisciplinaires comme la mesure de l'offre réelle, la spécialisation fonctionnelle, les restrictions réglementaires et l'évaluation de modes de prestation nouveaux et existants. L'institut pourrait s'inspirer des initiatives présentées dans les diverses études sectorielles sur la santé et les maintenir. Il produirait des conseils sur les programmes de recherche à moyen et à long terme que pourraient adopter et mettre en œuvre des organismes subventionnaires comme la FCRSS et les IRSC.

L'AMC recommande que le gouvernement fédéral fournisse du financement de base (et que d'autres membres appuient aussi financièrement l'institut), que le budget annuel de l'institut soit fixé à 2,5 millions de dollars et que le gouvernement fédéral y affecte une subvention initiale de développement d'un million de dollars. (L'Annexe E contient d'autres détails sur la proposition relative au financement de l'institut).

Les frais de scolarité élevés peuvent aussi avoir des répercussions négatives graves sur l'offre, la composition et la répartition des ressources humaines de la santé. Les frais élevés de scolarité des programmes de premier cycle en médecine lèvent des obstacles à l'accès à une formation en médecine et menacent la diversité des futurs médecins qui répondront un jour au besoin de la population canadienne, ce qui préoccupe énormément l'AMC.

Les frais de scolarité élevés ont rendu la formation médicale inabordable pour beaucoup de Canadiens et pourraient déséquilibrer les admissions aux facultés de médecine en favorisant les représentants des groupes nantis de la société et non la diversité de la population canadienne. L'endettement lourd des étudiants causé par les frais de scolarité élevés et l'aide financière insuffisante peut aussi avoir un effet sur les décisions que prennent les étudiants au sujet de la spécialité et du lieu de travail qu'ils choisissent. Ces facteurs pourraient en fin de compte menacer la disponibilité de services dispensés aux Canadiens, en particulier dans les communautés rurales et éloignées.

C'est pourquoi l'AMC participe activement aux travaux de la Coalition des associations professionnelles nationales sur les frais de scolarité (CAPNFS) et appuie ses recommandations qui portent sur les frais de scolarité des programmes de formation professionnelle et sur l'accès à la formation postsecondaire.

#### **Recommandation clé**

Que l'on demande aux ministères fédéraux de collaborer à des initiatives clés en matière de ressources humaines pour le secteur de la santé et de financer un nouvel Institut de la santé pour les ressources humaines (ISRH).

## État de santé des autochtones

Pendant toute la décennie 80, le Canada a soit marqué le pas, soit perdu du terrain dans le classement international des indicateurs clés de la santé par rapport aux autres principaux pays industrialisés. En 1990, le Canada se classait au cinquième rang dans l'échelle de l'indice du développement humain des Nations Unies qui mesure les réalisations moyennes dans trois aspects fondamentaux du développement humain – une vie longue et en bonne santé; le savoir; un niveau de vie décent. En 1991, le Canada a grimpé au deuxième rang derrière le Japon et il a atteint le premier en 1992. En 2001, toutefois, le Canada est retombé au troisième rang à la suite de la publication de nouvelles statistiques sur l'espérance de vie et la scolarisation<sup>xviii</sup>.

Depuis les années 1980, le Canada continue d'améliorer des indicateurs clés comme la mortalité infantile et l'espérance de vie. D'autres pays industrialisés ont toutefois réalisé eux aussi des progrès soit en atteignant et, dans bien des cas, en surpassant de façon très spectaculaire les gains réalisés au Canada. Il s'ensuit que le Canada a marqué le pas ou a reculé. Même si le taux de mortalité infantile au Canada a diminué de 22 % entre 1990 et 1999, le Canada est tombé, par exemple, du cinquième au dix-septième rang parmi les 31 pays industrialisés de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). De même, le Canada a perdu du terrain pour tomber du troisième au cinquième rang sur le plan de l'espérance de vie à la naissance pendant la même période. (L'Annexe F contient d'autres renseignements sur les comparaisons entre le Canada et d'autres pays pour ce qui est des indicateurs de l'état de santé.)

L'état de santé des Autochtones du Canada est particulièrement alarmant : en dépit d'améliorations réalisées au cours des dernières décennies, le Canada n'a pu en grande partie s'attaquer adéquatement aux problèmes de santé de cette communauté. Les faits sont clairs :

- L'incidence et la prévalence de maladies chroniques et dégénératives (diabète, maladies cardiovasculaires, cancer et arthrite) sont plus élevées chez les Autochtones que dans le reste de la population du Canada (p. ex., le taux de diabète de type II chez les Premières nations est de trois à cinq fois plus élevé que celui de la population canadienne en général et l'on considère que le problème prend de l'ampleur);
- certaines maladies infectieuses sont plus prévalentes chez les Autochtones (p. ex., l'incidence de l'hépatite et celle de la tuberculose sont cinq et dix fois plus élevées respectivement que dans le reste de la population canadienne);
- les manifestations de problèmes de santé mentale comme la violence, le suicide et les abus sexuels sont généralisées (p. ex., le taux de suicide est quatre fois plus élevé chez les Inuits que dans la population canadienne).

L'éloignement de beaucoup de communautés autochtones, qui rend coûteux et difficile l'accès aux services et à l'infrastructure de santé, complique ces problèmes. Les autres enjeux comprennent les besoins distincts de différentes communautés autochtones (Premières nations, Métis, Inuits et Autochtones urbains) dans le domaine de la santé et des problèmes de compétence comme la séparation des services de santé et des services sociaux, sans oublier les conflits ou les chevauchements entre les domaines de compétence fédéraux, provinciaux ou territoriaux. On reconnaît en outre généralement que l'état de santé des Autochtones du Canada découle d'un vaste éventail de facteurs et qu'il est peu probable que la simple augmentation de la qualité des services de santé l'améliore considérablement.



Il faut plutôt s'attaquer aussi à des iniquités qui règnent dans un vaste éventail de facteurs sociaux et économiques comme le revenu et l'éducation, les dangers environnementaux, la qualité de l'eau, la qualité des logements et l'infrastructure, ainsi que le maintien de l'identité culturelle.

Au cours de l'Assemblée générale annuelle de l'AMC en août 2003, la ministre de la Santé Anne McLellan a signalé qu'en dépit d'un investissement important, l'évolution de l'état de santé des Autochtones du Canada demeure médiocre. En deux mots, ces résultats sont inacceptables.

L'AMC recommande que le gouvernement fédéral adopte un examen intégré visant à déterminer comment l'argent consacré à la santé, aux soins de santé et aux domaines connexes d'investissement en faveur des Autochtones peut améliorer l'évolution de leur état de santé. Les résultats actuels ne suffisent pas. Il faut faire mieux.

#### **Recommandation clé**

Le gouvernement fédéral devrait adopter un examen intégré qui viserait à déterminer comment l'argent consacré à la santé, aux soins de santé et aux investissements connexes peut améliorer l'évolution de l'état de santé des populations.

## **CONCLUSION**

Pour ceux qui œuvrent dans les milieux des soins de santé et, en fait, pour tous les Canadiens, l'année a été véritablement remarquable pour le Canada sur le plan de la santé et des politiques de santé. À de nombreux égards, les événements de février ont marqué un virage vers un réinvestissement important dans le système de soins de santé. À la suite de l'écllosion du SRAS en Ontario et de l'apparition d'autres préoccupations importantes dans le domaine de la santé publique comme le virus du Nil occidental, la santé est toutefois demeurée une préoccupation de premier plan pour beaucoup de Canadiens.

Nous savons aussi qu'en dépit d'investissements annoncés dans le budget fédéral de 2003, il y a toujours des domaines où des initiatives stratégiques ciblées sont très prometteuses sur le plan de l'optimisation des ressources. La santé publique, les ressources humaines de la santé et l'état de santé des Autochtones du Canada sont les trois domaines que nous avons mis en évidence et où une attention et un financement supplémentaires peuvent avoir un impact réel à l'échelon national. Lorsqu'il est question de ces investissements, il faut toutefois nous rappeler que nous n'avons pas les moyens de prendre à Pierre pour donner à Paul. Les systèmes de santé publique et de soins actifs doivent bénéficier simultanément d'une augmentation des investissements afin d'éviter qu'un système se déleste d'un problème sur l'autre.

Il faut enfin tenir les promesses faites. Le gouvernement fédéral doit garantir que le contexte budgétaire lui permet de tenir sa promesse de fournir 2 milliards de dollars de plus pendant l'exercice en cours. L'AMC a aussi l'intention de demander au gouvernement fédéral et aux provinces et territoires de tenir leur promesse de créer un Conseil de la santé du Canada.

Les gouvernements doivent ouvrir la boîte noire politique de la prise de décisions en santé et y admettre d'autres interlocuteurs. Exclure les médecins et les autres interlocuteurs de la santé minerait sérieusement le Conseil de la santé et le priverait des avantages qu'offre la connaissance personnelle de la prestation réelle des soins. Les gouvernements doivent profiter de l'occasion pour mettre en œuvre un mécanisme qui démontrera aux Canadiens qu'ils tirent un bon rendement de leur investissement dans les soins de santé.

Pour reprendre l'analogie du bilan annuel de santé, terminons avec ce pronostic. De nombreuses interventions de l'année écoulée devraient contribuer avec le temps à soulager les symptômes aigus du patient. Nous devons toutefois nous garder de faire preuve de complaisance. À long terme, la santé exige que l'on assure le suivi des initiatives de l'année dernière, que l'on effectue de nouveaux investissements ciblés et que l'on fasse preuve d'une vigilance soutenue. Nous attendons avec impatience l'année qui vient.

## Annexe A : Réinvestissements fédéraux dans le financement des soins de santé

Dans son document de janvier 2003 intitulé *Du débat à l'action*<sup>xix</sup>, l'Association médicale canadienne a mis les premiers ministres du Canada au défi de faire passer la santé des Canadiens d'abord. Au sujet du financement des soins de santé, nous avons insisté sur le besoin d'un engagement financier envers les soins de santé qui est suffisant, stable, prévisible, transparent et viable. En février 2003, le gouvernement fédéral a annoncé un nouveau financement de 24,9 milliards de dollars en cinq ans pour les provinces et les territoires<sup>2</sup>. L'AMC et d'autres interlocuteurs ont indiqué que ces réinvestissements étaient bons mais ne suffisaient pas pour relever les défis auxquels fait face le système de santé du Canada<sup>xx</sup>.

Nous avons plus précisément préconisé que le gouvernement fédéral s'engage au moins «à financer 50 % du système de santé de base, au moins la moitié de la contribution fédérale devant être versée en argent<sup>xxi</sup>». (Le système de santé de base incluant des investissements non ciblés et ciblés dans l'infrastructure comme les ressources humaines de la santé, la technologie de l'information, l'infrastructure immobilisée et l'accès en milieu rural et éloigné.) Globalement, nous avons demandé un investissement minimal en argent de 31,5 milliards de dollars en cinq ans afin de renouveler le système de soins de santé.

### Écart entre l'Accord sur la santé de 2003 et les réinvestissements recommandés par l'AMC dans le système de soins de santé du Canada

(Milliards de \$)	2003–2004	2004–2005	2005–2006	2006–2007	2007–2008	Total
<b>Financement de base</b>	3,5	3,9	4,4	4,6	4,9	<b>21,3 \$</b>
<b>Financement de base ciblé</b>	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	<b>2,5 \$</b>
<b>Nouveaux programmes ciblés</b>		1,1	2,1	2,2	2,3	<b>7,7 \$</b>
<b>Total</b>	<b>4,0</b>	<b>5,5</b>	<b>7,0</b>	<b>7,3</b>	<b>7,7</b>	<b>31,5 \$</b>
<b>Réinvestissements fédéraux</b>	<b>4,8</b>	<b>3,3</b>	<b>4,9</b>	<b>5,2</b>	<b>6,7</b>	<b>24,9 \$</b>
<b>Écart qui reste au niveau du financement</b>	<b>(0,8)</b>	<b>2,2</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>	<b>1,0</b>	<b>6,7 \$</b>

Il reste un écart important de presque 7 milliards de dollars en cinq ans entre notre estimation du besoin minimal nécessaire pour renouveler le système de santé et les nouvelles ressources affectées par le gouvernement fédéral. C'est pourquoi l'AMC demande au gouvernement fédéral de terminer ce qu'il reste à faire et d'affecter 7 milliards de dollars de plus en cinq ans, dans son prochain budget, au Transfert canadien en matière de santé afin d'étayer le système de soins de santé du Canada.

<sup>2</sup> Le total de 24,9 milliards de dollars inclut tous les nouveaux transferts fédéraux aux provinces et aux territoires (ciblés et non ciblés) annoncés dans le contexte de la réunion des 4 et 5 février 2003 des premiers ministres et confirmés dans le budget fédéral du 18 février 2003. Il inclut les 2 milliards de dollars de financement qui seront rendus disponibles à la fin de l'exercice 2002-2003. Il n'inclut pas le financement annoncé plus tôt au titre du TCSPS, ni les investissements dans les programmes fédéraux de santé.

## **Annexe B : Recommandations de l'AMC au Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique**

### **Réforme législative (20 millions de dollars sur 5 ans)**

1. L'adoption d'une Loi canadienne sur les mesures d'urgence en santé qui regrouperait et améliorerait les mesures législatives en vigueur, permettrait une réponse nationale plus rapide en collaboration avec les provinces et les territoires — fondée sur une approche systématique et graduée — aux urgences dans le domaine de la santé qui posent une menace grave et imminente pour la santé humaine et la sécurité au Canada.
2. La création d'un Centre canadien de surveillance et de lutte contre la maladie (CCSLM) comme principale entité canadienne responsable en matière de santé publique et fonctionnant sans lien de dépendance avec le gouvernement.
3. La nomination d'un médecin hygiéniste en chef du Canada qui sera le principal porte-parole scientifique en matière de santé publique au Canada, dirigera le Centre canadien de surveillance et de lutte contre la maladie et travaillera avec les provinces et les territoires à élaborer et mettre en œuvre un plan d'action pancanadien pour la santé publique.

### **Création de capacité (1,2 milliard de dollars sur 5 ans)**

4. La création d'un Centre canadien d'excellence en santé publique, sous les auspices du CCSLM, qui sera chargé d'investir dans des programmes de formation multidisciplinaire en santé publique et d'établir et diffuser les pratiques exemplaires entre tous les professionnels de la santé publique.
5. La création d'un Service canadien d'intervention d'urgence en santé publique, sous les auspices du CCSLM, afin de permettre le déploiement rapide des ressources humaines (p. ex., programmes pancanadiens de remplaçants en cas d'urgence) pendant les urgences en santé.
6. Que l'Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada, pour le compte du Centre canadien de surveillance et de lutte contre la maladie, assurent le suivi des dépenses et de la capacité (ressources matérielles et humaines) consacrées à la santé publique et en fasse rapport au public.
7. Que le gouvernement fédéral réserve 1 milliard de dollars sur cinq ans à bâtir une capacité de pointe suffisante et uniforme dans tout le Canada et améliore la coordination entre les autorités fédérales, provinciales, territoriales et municipales de façon à remplir les fonctions essentielles en matière de santé publique.

### **Recherche, surveillance, communication (310 millions de dollars sur 5 ans)**

8. Que les Instituts de recherche en santé du Canada reçoivent une subvention immédiate et réservée de 200 millions de dollars sur cinq ans afin de lancer un programme mixte de recherche amélioré avec l'Institut de la santé publique et des populations et l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires afin d'étendre la capacité de recherche interdisciplinaire en santé publique, y compris les mesures de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.
9. La déclaration obligatoire, par les provinces et territoires, de maladies infectieuses prescrites au nouveau médecin hygiéniste en chef du Canada afin de permettre des communications, des analyses et des interventions appropriées.
10. L'injection ponctuelle de 100 millions de dollars, avec ajout de 2 millions de dollars par année, dans une Initiative «RAFALE» (rapide, fiable, accessible, liée et efficace) de communication et de coordination en santé afin d'améliorer la capacité technique de communiquer en temps réel avec les prestataires de soins de santé publique des premières lignes en cas d'urgence en santé.

**Annexe B, suite : Coût estimatif de la mise en œuvre des recommandations**

RECOMMANDATION	COÛT ESTIMATIF EN CINQ ANS
<p><b>Réforme législative et institutionnelle</b></p> <p>1. <i>Loi canadienne sur les mesures d'urgence en santé</i></p> <p>2. Bureau canadien de surveillance et de lutte contre la maladie (BCSLM)</p> <p>3. Médecin hygiéniste en chef du Canada</p>	<p>S.O.</p> <p>} 20 millions de dollars</p>
<p><b>Amélioration de la capacité</b></p> <p>4. Centre canadien d'excellence en santé publique</p> <p>5. Service canadien d'intervention d'urgence en santé publique</p> <p>6. Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada</p> <p>7. Capacité de pointe</p>	<p>100 millions de dollars</p> <p>35 millions de dollars</p> <p>35 millions de dollars<sup>a</sup></p> <p>1 milliard de dollars<sup>b</sup></p>
<p><b>Recherche, surveillance et communication</b></p> <p>8. Instituts de recherche en santé du Canada</p> <p>9. Production de rapports obligatoires</p> <p>10. Amélioration des communications</p>	<p>200 millions de dollars<sup>c</sup></p> <p>Inclut en 2 et 3 ci-dessus.</p> <p>110 millions de dollars</p>
<p><b>TOTAL</b></p>	<p>1,5 milliard de dollars</p>

a. Des travaux en cours visent à séparer la santé publique de la catégorie actuelle «santé publique et administration».

b. Ce montant constitue un investissement qui s'ajoute au financement actuellement disponible en vertu du *résultat stratégique Promotion de la santé et prévention des maladies du Canada*.

c. Il faut réserver du financement spécifiquement pour de nouvelles initiatives en matière de santé publique. On pourrait aussi réunir d'autre argent grâce à du financement de la Fondation canadienne pour l'innovation qui a reçu 500 millions de dollars de plus en 2002-2003 (montant annoncé dans le budget fédéral de 2003) afin d'améliorer l'appui qu'elle apporte à l'infrastructure de la santé publique.

## **Annexe C : Initiative RAFALE (rapide, fiable, accessible, liée et efficace) de communication et de coordination en santé**

L'efficacité du système de santé publique est tributaire en grande partie de sa capacité de diffuser rapidement de l'information qui fait autorité. La circulation bidirectionnelle de l'information entre les experts et les milieux de la pratique s'impose en tout temps, mais elle devient particulièrement cruciale en cas d'urgence. L'information, y compris les avis et les alertes sanitaires, doit circuler des organismes de santé publique vers les professionnels et les prestataires de soins de santé des premières lignes qui, eux, doivent fournir aux autorités de la santé publique de l'information comme les données servant à la surveillance et à l'analyse.

Pour détecter de nouvelles maladies ou menaces à la santé et traiter efficacement leurs patients, les professionnels de la santé des premières lignes doivent disposer rapidement d'information exacte. Les spécialistes de la santé publique comptent, par ailleurs, sur l'information qui leur arrive des premières lignes pour suivre la maladie en cause et prendre des mesures appropriées d'intervention en santé publique.

En dépit des progrès énormes réalisés par la gestion de l'information, on accorde peu d'attention à cette question dans le secteur de la santé publique. L'éclosion de SRAS a mis en évidence diverses faiblesses de notre capacité actuelle de communication. Les lacunes de l'infrastructure TI de base ont empêché les organismes de santé publique et les établissements de soins actifs de communiquer les uns avec les autres en temps réel.

Les comptes rendus anecdotiques décrivant les services de santé publique qui ont affecté du personnel des hôpitaux pour réunir l'information et la leur transmettre ensuite ne manquent pas. Des chercheurs ont utilisé des dossiers sur papier pour gérer des centaines de cas signalés aux services de santé publique, enquêter sur des milliers de contacts et assurer le suivi nécessaire. C'est littéralement avec papier, crayon et cerveau qu'on a réussi à identifier des grappes et à établir des liens entre des cas. Le Service d'hygiène publique de Toronto a créé une base de données sur ses cas de SRAS et a pu l'envoyer à la province, qui avait toutefois une base de données différente, ce qui a soulevé des préoccupations au sujet du transfert de données entre les systèmes.

Le manque de capacité TI a nui aux échanges entre les membres du personnel du secteur de la santé publique, des cliniciens privés et d'autres sources d'information. Le risque de rupture des communications entre différents niveaux de compétence (international, national, provincial/territorial, municipal) et secteurs (environnement, santé, transport) touchés par une urgence sanitaire constitue un autre défi pour le système de santé publique.

On ne peut exagérer l'importance de diffuser des conseils sur la santé et des protocoles de gestion en santé publique essentiels aux établissements et aux praticiens des premières lignes. Pendant la crise du SRAS, il est devenu évident que les gouvernements n'avaient pas les systèmes d'information nécessaires pour communiquer rapidement avec les médecins d'un bout à l'autre du Canada.

En réponse à des demandes de Santé Canada, l'AMC a pu mobiliser ses réseaux de communication afin de diffuser l'information aux médecins en temps réel.

Il est intéressant de signaler que souvent, le problème local portait non pas sur la suffisance de l'information, mais plutôt sur l'excédent de renseignements prêtant souvent à confusion, contradictoires ou non utilisables dans un contexte de pratique. Il est essentiel de diffuser de façon coordonnée des messages uniformes si l'on veut réagir de façon uniforme et coordonnée à une crise sanitaire.

L'AMC croit que le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de premier plan afin d'assurer que toutes les régions du pays disposent des outils de communication et de la technologie de l'information nécessaires à un système moderne et efficient de santé publique, capable de réagir rapidement et de façon informée à des urgences en santé publique.

L'AMC a soumis la question à l'attention du Comité permanent des finances de la Chambre des communes en octobre 2001 et également en octobre 2002 avec nos recommandations pour une Initiative «RAFALE» (rapide, fiable, accessible, liée, efficace) de communication et de coordination en santé. Nous regardons à une injection ponctuelle de 100 millions de dollars et l'ajout de 2 millions de dollars par année, afin d'améliorer la capacité technique de communiquer en temps réel avec les prestataires de soins de santé publique des premières lignes en cas d'urgence sanitaire.

Cette initiative faciliterait les communications transparentes entre les niveaux local, provincial et fédéral du système de santé publique, ainsi que la communication rapide et en temps réel entre le secteur de la santé publique et les autres éléments constituant du système de santé. Elle doit aussi garantir la circulation bidirectionnelle de l'information entre les prestataires de soins de santé des premières lignes et les professionnels de la santé publique à l'échelon du service local d'hygiène publique, du ministère provincial chargé de la santé publique et du Centre canadien de surveillance et de lutte contre la maladie dont nous proposons la création.

L'Initiative RAFALE de communication et de coordination en santé améliorerait la capacité du système de santé publique de communiquer rapidement en :

- offrant un point de convergence pour la communication et la coordination entre les niveaux de compétence afin d'améliorer la préparation en période d'urgence;
- implantant un système de communication transparent qui exploiterait les réseaux officiels et officieux;
- cherchant la meilleure façon de diffuser de façon rapide, efficace et accessible de l'information d'urgence et des alertes sanitaires à des professionnels de la santé et des dirigeants de la santé publique ciblés.

Outre la recherche et les projets témoins, il faudrait affecter du financement aussi aux provinces/territoires et aux municipalités pour leur permettre de bâtir leur infrastructure de connectivité. L'initiative devrait mettre à contribution les systèmes de communication qui existent actuellement, combler les lacunes et améliorer la capacité.

## Communication avec les professionnels de la santé

Une des leçons clés que l'AMC a tirée de l'expérience du SRAS, c'est que les médecins absorbent l'information de façons différentes. Certains veulent la recevoir par courriel, d'autres, par télécopieur, et d'autres encore, par courrier. Ceux qui disposent du courrier électronique souhaitent recevoir l'information d'urgence dans un format différent. D'autres associations du secteur des soins de santé ont aussi eu recours à divers moyens de communiquer avec leurs membres.

Pendant la crise du SRAS, les réseaux de communication existants entre les professionnels de la santé ont constitué un moyen important, mais non structuré, de diffuser et, dans certains cas, d'expliquer des interventions en santé publique et de l'information. En fait, dix associations nationales du secteur des soins de santé<sup>3</sup> se sont réunies par téléconférence et en personne pendant la crise afin de mettre en commun de l'information et d'assurer l'uniformité des messages diffusés aux professionnels de la santé. Ce secteur peut jouer un rôle crucial en refermant l'écart entre les cliniciens et le public, ainsi que dans la prestation de services crédibles d'éducation publique et de formation tant aux professionnels qu'à la population.

Il ne faut pas oublier l'importance de diffuser de l'information opportune et pertinente directement à ceux qui occupent des postes de chef de file (chef du personnel, DG de l'hôpital). Ces personnes peuvent rendre l'information pertinente à leur contexte en particulier et assurer qu'elle est diffusée largement dans leur communauté.

De nombreux facteurs qualitatifs jouent sur l'absorption d'information nouvelle et des recherches s'imposent pour déterminer la meilleure façon de communiquer avec chaque médecin et les autres prestataires de soins de santé en situation d'urgence. Toute façon manuelle de communiquer doit reposer sur une recherche solide et s'appuyer sur les réseaux de communication existants.

L'Initiative RAFALE de communication et de coordination en santé serait dirigée par le Centre canadien de surveillance et de lutte contre la maladie et entreprendrait son travail en trois phases.

### 1. Recherche

Par exemple :

- évaluation des communications prenant la crise du SRAS;
- recherche quantitative sur la façon dont les professionnels de la santé veulent recevoir de l'information;
- catalogue de réseaux de communication existants.

---

<sup>3</sup> Association canadienne des médecins d'urgence, Conseil canadien d'agrément des services de santé, Association dentaire canadienne, Association canadienne des soins de santé, Association médicale canadienne, Société canadienne des maladies infectieuses, Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association des pharmaciens du Canada, Association canadienne de santé publique, Association canadienne des institutions de santé universitaires.



2. Projets pilotes dans des domaines comme les communications et la gestion de l'information en santé publique.
3. Évaluation et diffusion des pratiques exemplaires en communication et gestion de l'information.

## **Annexe D : Chaîne d'approvisionnement d'urgence en fournitures et matériel médical**

Dans le sillage des frappes terroristes du 11 septembre 2001 aux États-Unis, l'AMC a insisté, dans le mémoire prébudgétaire qu'elle a présenté en octobre 2001 au Comité permanent des finances, sur le fait qu'en cas de frappe importante dont notre population serait la cible, les cabinets des médecins et les services d'urgence de nos hôpitaux constitueront un des premiers points de contact avec le système de santé. L'éclosion du SRAS a démontré que cet argument est tout aussi valable face à une situation d'urgence en santé publique.

Le SRAS nous a montré que la Région métropolitaine de Toronto, qui dispose d'un des systèmes de santé publique et de soins actifs les plus modernes au Canada, n'a pu faire face à la crise du SRAS et continuer de répondre à d'autres besoins en soins actifs ou de fournir d'autres services de santé publique importants comme des programmes de prévention du suicide.

La plupart des hôpitaux pratiquent le juste à temps lorsqu'il s'agit d'acheter des stocks de médicaments. Sans plan de renouvellement rapide des stocks de leur pharmacie et d'expansion de leur capacité, les soins aux patients en souffrent. On manque aussi de lits d'urgence. Le gouvernement fédéral doit garantir aux Canadiens que des plans seront en place lorsqu'une autre urgence en santé publique mettra de nouveau le système de santé à l'épreuve. C'est là que le gouvernement fédéral peut intervenir pour garantir que le système de santé sera prêt et rassurer la population canadienne leur assurant qu'il sera là lorsqu'elle en aura besoin.

Nous avons aussi vu au cours des dernières années les pressions énormes qui peuvent s'exercer sur ces établissements lorsque même un problème très courant comme la grippe frappe durement une communauté. Les taux d'occupation des services de soins actifs des hôpitaux publics de l'Ontario situés dans les régions de l'Association des hôpitaux de l'Ontario en 1999–2000 le démontrent. Dans trois des cinq régions de la province (Est, Centre et Sud-Ouest), le taux d'occupation a varié de 94 à 97 %<sup>xxii</sup>. C'est la région très peuplée du Centre qui a enregistré le taux le plus élevé. Une étude publiée dans le *British Medical Journal* laisse entendre qu'un taux d'occupation de plus de 90 % indique que le système hospitalier est toujours aux prises avec une crise de lits<sup>xxiii</sup>. Le problème n'est pas particulier à l'Ontario : *«Conjugée au vieillissement de la population et au succès extraordinaire que nous connaissons lorsqu'il s'agit de prolonger la durée de survie des patients qui souffrent de maladies chroniques importantes, la diminution du nombre de lits de soins actifs au Canada au cours de la dernière décennie a fait disparaître du système hospitalier toute marge de manœuvre en ce qui concerne l'occupation des lits<sup>xxiv</sup>»*.

On peut imaginer l'impact d'une autre crise de santé publique, par exemple une pandémie de grippe qui toucherait des centaines de milliers de personnes. Le système de santé publique et les systèmes de diagnostic et de traitement médicaux de la communauté et des hôpitaux pourraient être débordés très rapidement et incapables d'absorber le surcroît de travail. Il n'est pas nécessaire de présenter d'autres données pour prouver qu'il faut permettre aux hôpitaux d'ouvrir des lits, d'acheter davantage de fournitures et de mobiliser les professionnels de la santé dont ils ont besoin pour répondre aux besoins.

À l'heure actuelle, la Réserve nationale de secours peut fournir 40 000 lits, ainsi que des fournitures médicales et du matériel hospitalier assez rudimentaire. Les rapports indiquent cependant qu'une grande partie de ce matériel a plusieurs décennies d'âge, et que les protocoles de gestion logistique (c'est-à-dire de transport et de déploiement rapides) sont périmés. Il faut de toute urgence réévaluer et réaffirmer la capacité à cet égard.

L'écllosion de SARS a aussi attiré notre attention sur le manque crucial d'équipement pour faire face aux maladies infectieuses. L'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) a signalé que de nombreux services d'urgence n'ont pas d'équipement adéquat pour relever les défis posés par la lutte contre les infections comme le SRAS au XXI<sup>e</sup> siècle. Ils ne disposent pas de salles à pression négative dotées de toilettes confinées, disposent souvent d'un seul appareil de réanimation pour les patients en phase critique et n'ont pas d'espace sécuritaire pour les personnes qui accompagnent les victimes. Le service ne dispose pas de plus de hottes de protection, comme l'appareil MRPP nécessaire pour intuber sans danger les patients atteints du SRAS. L'ACMU a conclu que la plupart des services d'urgence ne sont pas conçus physiquement pour faire face aux problèmes de contrôle de l'infection créés par des maladies comme le SRAS.

Le gouvernement fédéral doit garantir à la population canadienne que les plans municipaux et provinciaux en vigueur sont coiffés par un plan national global d'appui aux régions si jamais leurs capacités de service sont débordées. Le gouvernement doit toutefois aider davantage en prévoyant un fonds d'urgence permettant aux hôpitaux de planifier et d'organiser leur capacité de pointe.

Des plans d'intervention aussi élaborés et des réserves de fournitures et d'équipement doivent permettre d'être prêts à faire face à une catastrophe qui survient en dépit de tous les efforts déployés pour l'éviter. C'est là que le gouvernement fédéral peut faciliter la préparation du système de santé et rassurer la population canadienne en affirmant qu'elle aura de l'aide lorsqu'elle en aura besoin.

## **Annexe E : Institut de la santé pour les ressources humaines (ISRH)**

Même s'il est évident qu'il faut plus de ressources humaines de la santé, la planification des ressources est difficile et des plus complexes. Les réponses doivent correspondre à la capacité de payer, refléter les besoins de la population dans le domaine de la santé et tenir compte des enjeux qui ont trait à l'offre, à la composition et à la répartition des médecins. Au cours de la dernière décennie, de nombreux intervenants, y compris les gouvernements, des associations et des chercheurs, ont consacré des ressources importantes à la planification des ressources humaines de la santé<sup>xxv</sup>. Ces groupes ne communiquent toutefois pas systématiquement entre eux et n'adoptent pas toujours leurs produits respectifs. Il en découle une planification «de couloir», un manque de progrès dans les domaines clés de la mise au point de bases de données et une incapacité globale de s'attaquer à des enjeux importants comme l'épuisement professionnel.

L'AMC cherche à dégager, au sein de la profession médicale, un consensus sur des grandes initiatives de programme et de politique portant sur l'offre, la composition et la répartition des médecins et à collaborer avec des interlocuteurs importants pour définir les enjeux d'importance mutuelle et s'y attaquer. Par ailleurs, l'AMC demeure sensibilisée aux réalités provinciales et territoriales du Canada en ce qui a trait au fait que la planification des ressources humaines passe par une évaluation et une mise en œuvre à l'échelon local ou régional. On a toutefois besoin d'un organisme national chargé d'élaborer et de coordonner des initiatives de planification des ressources humaines de la santé qui tiennent compte de la mobilité nationale et internationale des prestataires de soins de santé.

De nombreux intervenants définissent le besoin de coordonner davantage la recherche sur les ressources humaines de la santé. Dans le rapport de 2001 intitulé *À l'écoute*<sup>xxvi</sup>, les organismes partenaires ont indiqué que les ressources humaines de la santé constituaient la grande priorité en ce qui concerne le financement de la recherche au cours des deux à cinq prochaines années. Dans un rapport conjoint produit en 1995 par des organisations nationales représentant les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les diététistes et les infirmières, on a établi un cadre intégré de perfectionnement des ressources humaines de la santé comportant trois grands éléments constitutifs : planification, éducation et formation et gestion<sup>xxvii</sup>.

De même, les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (RCRPP) chargés par M. Romanow d'analyser et de résumer les problèmes de ressources humaines de la santé, ont recommandé la création d'un organisme national de coordination des ressources humaines de la santé qui sera le point de convergence de la planification et fournira de l'expertise en la matière. Le sénateur Kirby a aussi décrit le besoin d'un tel organisme de planification dans son rapport final. Il a recommandé que le gouvernement fédéral collabore avec d'autres intéressés pour créer un Comité national de coordination des ressources humaines de la santé, entité permanente qui sera constituée de représentants de groupes d'interlocuteurs clés et des différents paliers de gouvernement<sup>xxviii</sup>.

Enfin, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a préconisé, dans son rapport final, une amélioration importante de la base d'information sur les effectifs de la santé du Canada et décrit le besoin de créer un plan intégré portant sur les enjeux que constituent l'offre, la distribution et l'éducation<sup>xxix</sup>.

L'AMC est d'avis qu'il faudrait créer un Institut de la santé pour les ressources humaines (ISRH), entité indépendante chargée de se pencher sur les aspects humains de la santé, tout comme des instituts existants s'occupent des aspects technologie (OCCETS) et information (ICIS) de la santé. Entité virtuelle comme les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Institut favoriserait la collaboration et la mise en commun de la recherche entre des centres d'excellence universitaires bien connus (p. ex., CMPMS et CHSPR), ainsi que les milieux de la recherche des associations professionnelles et des gouvernements. Il faciliterait une planification à long terme fondée sur les besoins et y consacrerait tous ses efforts.

L'ISRH devrait pouvoir entreprendre des recherches d'envergure, comme la planification fondée sur les besoins, qui dépassent le domaine d'un même niveau de compétence ou sa capacité financière. On pourrait établir des méthodologies normalisées de collecte et d'analyse des données afin d'estimer les besoins en ressources humaines de la santé en fonction de besoins particuliers à une maladie ou des exigences de la population (p. ex., Autochtones, personnes âgées, etc.). L'Institut collaborerait de près avec des fournisseurs de données primaires comme Statistique Canada et l'ICIS. Il compléterait le travail du nouveau Conseil de la santé du Canada.

Les produits que pourrait offrir le modèle pourraient inclure des enjeux transdisciplinaires comme la mesure de l'offre réelle, de la spécialisation fonctionnelle, des restrictions réglementaires et l'évaluation de modes de prestation nouveaux et existants. L'Institut pourrait s'inspirer des initiatives des diverses études sectorielles sur la santé et les maintenir. Il donnerait des conseils sur des programmes de recherche à moyen et à long terme que pourraient adopter et mettre en œuvre des organismes subventionnaires comme la FCRSS et les IRSC.

On recommande que le gouvernement fédéral fournisse le financement de base (et que d'autres membres appuient aussi financièrement l'ISRH). On propose que le budget annuel de l'Institut soit fixé à 2,5 millions de dollars et que le gouvernement lui accorde une subvention de lancement d'un million de dollars.

## Annexe F : Quelques statistiques claires sur la santé...Le Canada tire-t-il de l'arrière?

### Quelques statistiques claires sur la santé... *Le Canada tire-t-il de l'arrière?*

Au cours des années 1980, le Canada a fait du sur place ou a perdu du terrain dans l'échelle internationale des principaux indicateurs de la santé, et d'autres grands pays industrialisés ont fait plus de progrès que nous. L'Association médicale canadienne est d'avis qu'il faut se pencher sur ce changement inquiétant.

#### Indice du développement humain des Nations Unies

En 1990, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) commençait à publier le *Rapport annuel sur le développement humain* ([www.undp.org/hdr](http://www.undp.org/hdr)). L'indice du développement humain (IDH) est un indicateur clé de ce rapport. Cet indice composé mesure les réalisations moyennes dans trois dimensions fondamentales du développement humain : vie longue et en bonne santé, savoir et niveau de vie décent.

---

**Premier pendant  
six ans, maintenant  
au 3<sup>e</sup> rang**

---

Quel est le bilan du Canada? En 1990, le Canada se classait cinquième. Il a grimpé au deuxième rang derrière le Japon en 1991 et a atteint la première place en 1992. Il est retombé derrière le Japon en 1993. Le Canada s'est ensuite classé au premier rang de l'IDH entre 1994 et 2000. En 2001, il est retombé en troisième place. Comme le PNUD l'a signalé en 2001, «La Norvège occupe aujourd'hui la première place mondiale, suivie par l'Australie. Suite à la progression de leur espérance de vie et de leur niveau d'instruction, ces deux pays ont légèrement dépassé le Canada, qui était en tête les six années précédentes. Malgré la hausse de 3,75 % de son PIB par habitant, le Canada a reculé dans le classement». Le Canada est demeuré en troisième place en 2002.

#### Indicateurs de rendement du système de santé de l'OMS

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) ([www.who.int/whr/fr](http://www.who.int/whr/fr)) a classé le rendement du système de santé de 191 pays membres pour la première fois dans son *Rapport sur la santé dans le monde 2000*. Les classements reposent sur la mesure de la santé de la population par rapport à ce à quoi on pourrait s'attendre compte tenu du niveau des intrants servant à la production de la santé.

---

**État de santé :  
35<sup>e</sup> sur 191**

---

L'OMS a présenté deux classements. Le premier, *Performance en matière de niveau de santé*, tient compte de l'état de santé et de l'espérance de vie ajustée de l'incapacité par rapport à l'utilisation des ressources et au capital humain d'un pays. Le Canada s'est classé 35<sup>e</sup> sur 191 pays en ce qui concerne cet indicateur en 2000.

---

**Performance :  
30<sup>e</sup> sur 191**

---

Le deuxième indicateur mesure la Performance globale. Cet indicateur évalue le niveau atteint par le système de santé par rapport à ce à quoi on pourrait s'attendre à l'égard des cinq buts du système de santé, qui sont l'état de santé, l'inégalité au niveau de la santé, le niveau et la répartition des ressources et l'équité du financement. En 2002, le Canada s'est classé 30<sup>e</sup> selon l'indice du rendement global. La France occupait le premier rang en 2000.

#### Indicateurs internationaux de la santé

Depuis les années 1980, le Canada enregistre des améliorations continues d'indicateurs clés de la santé comme la mortalité infantile et l'espérance de vie. D'autres pays industrialisés ont toutefois connu eux aussi des améliorations qui ont atteint les gains réalisés par le Canada ou, dans certains cas, les ont surpassés de façon très spectaculaire. Il s'ensuit que le Canada s'est maintenu au même rang ou a reculé.

*Mortalité infantile* — Même si le taux de mortalité infantile au Canada a diminué de 22 % entre 1990 et 1999, le Canada est passé du 5<sup>e</sup> au 17<sup>e</sup> rang sur les 31 pays industrialisés membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Pendant ce temps, d'autres pays réalisaient des gains : la Suède et l'Autriche, par exemple, ont toutes deux vu leur taux de mortalité infantile diminuer de 43 % au cours de la même période. L'Espagne, l'Italie et la République tchèque, notamment, dépassent maintenant le Canada, qui précède toutefois le R.-U., les États-Unis et l'Australie.

---

**Mortalité infantile :  
du 5<sup>e</sup> au 17<sup>e</sup> rang en  
moins de 10 ans**

---

*Mortalité périnatale* — Entre 1990 et 1999, le taux de mortalité périnatale au Canada a diminué de 18 %, tandis qu'il gardait essentiellement la même place sur la scène internationale — passant du 10<sup>e</sup> rang en 1990 au 11<sup>e</sup> en 1999. En guide de comparaison, le taux de mortalité périnatale du Japon, classé au premier rang, a diminué de 31 % au cours de la même période.

*Espérance de vie* — En 1999, le Canada s'est classé 5<sup>e</sup> pour l'espérance de vie à la naissance, comparativement à 3<sup>e</sup> en 1990. Pendant la période de 1990 à 1999, l'espérance de vie totale a augmenté de 1,8 % au Canada, comparativement à 2,0 % au Japon, classé au premier rang.

---

**Espérance de vie :  
chute au 5<sup>e</sup> rang**

---

*Espérance de vie en bonne santé (EVBS)* — L'espérance de vie en bonne santé est calculée d'après l'espérance de vie corrigée du temps passé en mauvaise santé. Dans son Rapport sur la santé dans le monde 2002, l'OMS présente des estimations de l'EVBS pour 191 pays en 2001. Le Canada s'est classé au 20<sup>e</sup> rang en 2001, soit au même rang que les Pays-Bas, à 69,9 ans. Le Japon et la Suisse occupaient la première place à 73,6 et 72,8 ans respectivement en 2001.

### **Ressources humaines de la santé par habitant**

Le Canada accuse toujours du retard sur d'autres pays industrialisés pour ce qui est du nombre de médecins pour 1000 habitants. La moyenne de l'OCDE, qui s'établit à 2,8 pour 1000 habitants, dépasse du tiers le taux du Canada qui est de 2,1 (y compris les résidents en formation postdoctorale), ce qui nous place au 23<sup>e</sup> rang sur 27 pour cet indicateur. Une comparaison des pays du G8 (sauf la Russie) entre 1990 et 1999 révèle que le Canada a été le seul pays à ne pas afficher d'amélioration du ratio médecin:habitants. Dans le cas des infirmières, la situation est tout aussi troublante. Le Canada s'est classé au 12<sup>e</sup> rang seulement en 1999 et a vu le ratio tomber de 8,1 à 7,5 pour 1000 habitants entre 1990 et 1999, ce qui place le Canada au milieu du groupe du G8.

---

**Médecins par  
habitant : 23<sup>e</sup> pays  
industrialisé sur 27**

---

### **Dépenses du secteur public en pourcentage des dépenses totales de santé**

Parmi les pays industrialisés (OCDE), le Canada affiche régulièrement un des pourcentages les plus faibles des dépenses publiques sur le total des dépenses de santé depuis les années 1980. En 1985, les dépenses publiques de santé représentaient 75,6 % du total des dépenses de santé au Canada — ce qui plaçait le Canada au 14<sup>e</sup> rang parmi les 22 pays. En 2000, lorsque les dépenses publiques représentaient 72 % du total des dépenses de santé, le Canada s'est classé 16<sup>e</sup> sur les 26 pays qui ont produit un rapport. En 2000, les dépenses publiques du Canada avaient diminué de presque quatre points par rapport à 1985.

---

**Dépenses de santé du  
secteur public en %  
du total : 16<sup>e</sup> sur 26**

---

Notes :

Le PNUD regroupe 173 pays, l'OMS, 191, et l'OCDE, 31. Les statistiques sur l'espérance de vie représentent des années à la naissance. La mortalité infantile représente le nombre de décès de bébés de moins d'un an survenus pendant une année pour 1000 naissances vivantes au cours de la même année. On l'exprime sous forme de taux. La mortalité périnatale représente le nombre de décès d'enfants âgés de moins de sept jours (mort néonatale précoce) et les décès de fœtus après 28 semaines de gestation ou plus pour 1000 naissances vivantes totales (naissances vivantes et mort-nés). Les données sur les indicateurs de la santé sont tirées d'Éco-Santé 2002 de l'OCDE, quatrième édition. [www.oecd.org/healthdata](http://www.oecd.org/healthdata). Les indicateurs de rendement de l'OMS pour 2002 sont fondés sur des estimations de 1997.

## NOTES

---

- <sup>i</sup> Gouvernement du Canada. *Le Plan budgétaire 2003*. 18 février 2003. p. 88.
- <sup>ii</sup> Les Associés de recherche Ekos Inc. Présentation à la Fondation Charles-E.-Frosst pour les soins de santé. *Voix individuelles, choix collectifs*. 7 novembre 2002.
- <sup>iii</sup> Association médicale canadienne. *Troisième Bulletin national annuel sur la santé*. Août 2003. (Réalisé par Ipsos Reid), p. 17.
- <sup>iv</sup> Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2002*. Décembre 2002.
- <sup>v</sup> Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), *Éco-Santé 2003*.
- <sup>vi</sup> Gouvernement du Canada. *Le plan budgétaire 2003*. 18 février 2003. p. 239.
- <sup>vii</sup> Gouvernement du Canada. *Le plan budgétaire 2003*. 19 février 2003. p. 77.
- <sup>viii</sup> Communiqué, Conférence annuelle des ministres fédérale, provinciaux et territoriaux de la Santé, Halifax (Nouvelle-Écosse), le 4 septembre 2003.
- <sup>ix</sup> Association médicale canadienne. Communiqué, «*L'AMC réclame la création du Conseil de la santé d'ici le 28 novembre – Tout nouveau retard serait inacceptable*». 3 septembre 2003.
- <sup>x</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *Rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada : La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral Volume Six : Recommandations en vue d'une réforme*. Octobre 2002, p. 19-22.
- <sup>xi</sup> Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. *Guidé par nos valeurs – L'Avenir des soins de santé au Canada*. Novembre 2002. p. 56.
- <sup>xii</sup> Instituts canadiens de recherche sur la santé. *Report on Plans and Priorities for the Fiscal Year, 2003-2004*. p. 29.
- <sup>xiii</sup> Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter le Rapport de 2001 que l'AMC a présenté au Comité permanent des finances, *Pour garantir notre avenir... Établir l'équilibre entre les soins actuels urgents et les grands défis de demain en matière de santé*. 1<sup>er</sup> novembre 2001.
- <sup>xiv</sup> Association médicale canadienne. Mémoire présenté au Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. *Signal d'alerte : le Plan d'action de l'AMC en matière de santé publique*. Juin 2003.
- <sup>xv</sup> Association médicale canadienne. Mémoire présenté au Comité permanent des finances dans le contexte des consultations prébudgétaires *Pour garantir notre avenir... Établir l'équilibre entre les besoins actuels urgents et les grands défis de demain en matière de santé*. 1<sup>er</sup> novembre 2001.
- <sup>xvi</sup> Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Canada's Nurses See Latest Data as a Warning: Action Needed to Address Nursing Shortage*. Communiqué, 17 septembre 2003.
- <sup>xvii</sup> Gouvernement du Canada. *Le Plan budgétaire 2003*. 18 février 2003. p. 88.
- <sup>xviii</sup> United Nations Human Development Project. *Human Development Report 2001*. Communiqué, le 10 juillet 2001, Mexico ([www.undp.org/hdro](http://www.undp.org/hdro)).



---

<sup>xxix</sup> Association médicale canadienne. *Du débat à l'action. Message aux premiers ministres... Il est temps de faire passer la santé des Canadiens d'abord*. Janvier 2003.

<sup>xx</sup> D'autres organisations ont réclamé des investissements supplémentaires dans les soins de santé, notamment l'Association canadienne des soins de santé (communiqué du 18 février 2003, [www.cha.ca](http://www.cha.ca)) et l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (communiqué, le 19 février 2003, [www.ACAHO.org](http://www.ACAHO.org)).

<sup>xxi</sup> Association médicale canadienne. *Du débat à l'action. Message aux premiers ministres... Il est temps de faire passer la santé des Canadiens d'abord*. Janvier 2003. p. 9.

<sup>xxii</sup> Système de production de rapports des hôpitaux de l'Ontario, 2001. *Acute Care Occupancy Rates, Ontario Public Hospitals by OHA region, 1999/00*. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

<sup>xxiii</sup> Bagust A, Place M, Posnett J. Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model. *BMJ*; 319: 155-158 17 juillet 1999.

<sup>xxiv</sup> Nicolle L. Viruses without borders. *Can J Infect Dis* Volume 11, numéro 3, mai/juin 2000 (téléchargé d'Internet : 23 octobre 2001 : [www.pulsus.com/Infdis/11\\_03/nico\\_ed.htm](http://www.pulsus.com/Infdis/11_03/nico_ed.htm)).

<sup>xxv</sup> Il existe à l'échelon national de nombreux organismes qui, dans certains cas, interviennent depuis des décennies dans les questions de planification des ressources humaines de la santé. Le Comité consultatif des ressources humaines en santé, qui existe depuis longtemps, relevait de la conférence des sous-ministres chargés des questions de ressources humaines de la santé, mais il fonctionnait sans expertise de l'extérieur des milieux des fournisseurs et a trouvé qu'il était difficile de mettre en œuvre une stratégie intégrée de planification. Le Comité national de coordination de la formation médicale postdoctorale comprenait des membres à la fois de la profession médicale et du secteur public, mais son mandat était précis (formation postdoctorale des médecins) et le Comité a été temporarisé de fait il y a deux ou trois ans.

<sup>xxvi</sup> Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. *À l'écoute : Consultation nationale sur les enjeux reliés aux services et aux politiques de la santé*. Juin 2001.

<sup>xxvii</sup> Association canadienne des ergothérapeutes, Association canadienne des diététistes, Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association canadienne de physiothérapie. *Integrated Health Human Resources Development – Pragmatism or Pie in the Sky*, août 1995.

<sup>xxviii</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *La santé des Canadiens – le rôle fédéral*, Rapport final, octobre 2002.

<sup>xxix</sup> Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*. Novembre 2002. p. 118.