

**HARMONISER LES POLITIQUES DE SANTÉ
ET LES POLITIQUES ÉCONOMIQUES DANS
L'INTÉRÊT DES CANADIENS**

**Mémoire prébudgétaire de 2004 présenté par
l'AMC au Comité permanent des finances**

Le 18 novembre 2004

Albert J. Schumacher, MD
Président

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

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

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

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

L'AMC compte plus de 58 000 membres. En leur nom et au nom de la population canadienne, l'Association 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 traumatismes, favoriser l'accès aux soins de santé, faciliter le changement au sein de la profession médicale et ouvrir la voie et servir de guide aux médecins pour les aider à influencer les changements dans le processus de prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est un organisme sans but lucratif, à adhésion volontaire, qui représente la majorité des médecins du Canada et regroupe 12 divisions provinciales et territoriales ainsi que 43 organisations médicales affiliées.

TABLE DES MATIÈRES

I.	SOMMAIRE	i
II.	EXAMEN ANNUEL DE L'AMC.....	1
III.	L'ACCORD ISSU DE LA RÉUNION DES PREMIERS MINISTRES.....	2
	Adopter une mesure législative pour confirmer les dispositions relatives à l'aide financière et à la responsabilisation.....	3
	Améliorer l'accès en s'attaquant aux problèmes de ressources humaines de la santé	4
	Harmoniser la politique fiscale et la politique de santé	7
IV.	SANTÉ PUBLIQUE : PUBLIC EN SANTÉ	9
	S'attaquer à «l'écart Naylor»	10
	Établir et atteindre des buts nationaux dans le domaine de la santé...	13
	Investir dans la santé et non dans le tabac	14
V.	CONCLUSION	16
	Annexe A : Quelques vérités sur la santé des Canadiens et leur système de santé	
	Annexe B : Plan de l'AMC sur les diplômés de facultés de médecine étrangères (DFME)	
	Annexe C : Sondage initiale de données du Sondage national 2004 auprès des médecins	



I. SOMMAIRE

Depuis plusieurs années, l'Association médicale canadienne (AMC) présente deux grands messages au Comité permanent des finances. Tout d'abord, nous sommes d'avis qu'il faut reconnaître comme priorités continues la santé des Canadiens et leur système de santé. Deuxièmement, nous soutenons qu'il faut mieux harmoniser la politique économique, y compris la politique fiscale, avec la politique nationale sur la santé.

Dans le mémoire de cette année, nous présentons des exemples précis de la façon dont le gouvernement fédéral peut intervenir pour aborder ces deux grands enjeux. Nous commençons par évaluer ou «examiner» l'état de notre système de santé. Nous présentons ensuite des suggestions constructives sur des façons de mettre en œuvre avec succès l'Accord sur la santé que les premiers ministres ont conclu au cours de leur réunion du 13 au 15 septembre 2004. Enfin, nous attirons l'attention sur le fait qu'il faut continuer d'investir dans la santé publique et des politiques publiques saines.

L'avenir de leur système de santé préoccupe de plus en plus les Canadiens, surtout sur le plan de l'accès aux soins essentiels. Même si leur état de santé s'est amélioré au cours des dernières décennies, des comparaisons internationales indiquent qu'il reste énormément d'améliorations possibles. Les réinvestissements importants dans les soins de santé et dans la santé publique annoncés au cours de l'année écoulée constituent un premier pas bien accueilli pour aider les intervenants du secteur de la santé à relever ces défis. Les mesures suivantes doivent bâtir sur ce progrès.

INVESTIR DANS LES SOINS DE SANTÉ

Bâtir sur l'accord issu de la réunion des premiers ministres

Sur le plan des soins de santé, nous devons commencer par signaler que l'accord issu de la réunion des premiers ministres (Accord RPM) a constitué une réalisation importante. Il représente un cadre stratégique positif à appliquer, mais un suivi budgétaire, politique et législatif s'impose. Il faut adopter une mesure législative afin de spécifier le cadre d'imputabilité de l'Accord. Le Fonds de réduction des temps d'attente devrait faire l'objet d'ententes de contribution qui précisent comment les provinces et les territoires utiliseront leur juste part du fonds pour réduire les temps d'attente.

Les intervenants du secteur de la santé doivent participer activement à tous les aspects de l'Accord, et plus particulièrement à l'établissement de points de comparaison des temps d'attente fondés sur des données cliniques, ce qui est crucial pour la réussite future.

Attacher une priorité aux ressources humaines de la santé

Le gouvernement fédéral peut par ailleurs faire davantage au sujet de l'accessibilité aux services de santé en s'engageant plus fermement à augmenter la capacité en ressources humaines de la santé du Canada. Nous présentons dans ce mémoire plusieurs stratégies, en commençant par souligner qu'il faut assurer que le Fonds de réduction des temps d'attente prévu à l'Accord RPM sert à s'attaquer à la crise des ressources humaines de la santé dès maintenant plutôt qu'au cours des dernières années de l'accord de 10 ans comme on le prévoit actuellement.

Une stratégie spécifique sur les ressources humaines de la santé que le gouvernement fédéral devrait chercher à appliquer consisterait à accorder davantage d'appui à la formation des étudiants dans les professions de la santé, dans le cadre d'une stratégie globale sur les ressources humaines de la santé. L'endettement élevé des étudiants constitue un problème clé pour les ressources humaines de la santé. On estime qu'au moment où ils entreprennent leur formation postdoctorale avant de commencer à pratiquer, beaucoup d'étudiants en médecine doivent déjà plus de 120 000 \$. Cet endettement important a des répercussions à la fois sur le *type* de spécialité que choisissent les futurs médecins et, finalement, sur le *lieu où* ils décident de pratiquer. C'est pourquoi l'AMC demande au gouvernement fédéral de mettre en œuvre une stratégie nationale afin d'étendre l'avantage relié au paiement des intérêts sur les prêts étudiants du Canada aux étudiants admissibles d'une profession de la santé qui suivent une formation de troisième cycle. Une telle mesure accroîtrait l'équité et allégerait une partie des problèmes associés à notre système actuel de formation des professionnels de la santé.

HARMONISATION DE LA POLITIQUE FISCALE ET DE LA POLITIQUE DE SANTÉ

L'AMC insiste depuis quelque temps sur la nécessité de mieux harmoniser la politique fiscale et les buts de la politique nationale sur la santé et ce défi demeure une priorité selon nous. L'application actuelle de la TPS au secteur de la santé et aux médecins constitue un exemple de la possibilité de mieux harmoniser la politique fiscale et la politique sanitaire – et le Comité des finances l'a reconnu dans des rapports précédents.

Les hôpitaux du Canada doivent toujours payer une partie de la TPS sur les biens et services qu'ils achètent, ce qui engloutit des millions de dollars qui pourraient servir autrement à traiter des patients. Le gouvernement fédéral a reconnu dans le budget de 2004 qu'il fallait fournir un remboursement complet de la TPS aux municipalités, un des quatre secteurs couverts par la formule dite «MUSH» (administrations municipales, universitaires, scolaires et hospitalières). Nous demandons au gouvernement fédéral d'appliquer la même logique au secteur de la santé et de lui accorder un remboursement complet de la TPS.

L'application de la TPS aux professionnels de la santé indépendants comme les médecins, qui dispensent des soins au système financé par l'État du Canada, constitue un autre problème. Comme ils sont «exonérés de la taxe» en vertu de la *Loi sur l'accise*, les médecins ne peuvent demander de crédits d'impôt pour intrants afin de compenser la TPS qu'ils paient sur le matériel qu'ils achètent, leur loyer et leurs services publics.

Contrairement à d'autres travailleurs indépendants, les médecins ne peuvent transmettre à des tiers aucune partie de ces coûts supplémentaires. Il s'agit là d'un problème fondamental d'équité fiscale qu'il est possible de régler en ramenant à zéro la TPS sur les services de santé financés par l'État et dispensés par des prestataires indépendants, ce qui leur donnerait le droit de recevoir des crédits de TPS sur intrants.

INVESTIR DANS LA SANTÉ

Le système de santé publique du Canada a connu de nombreux événements favorables au cours de l'année écoulée. La création du poste de ministre d'État à la Santé publique a réjoui l'AMC. Nous félicitons le gouvernement du Canada d'avoir créé l'Agence de la santé publique du Canada et d'avoir choisi le Dr David Butler-Jones comme nouveau médecin hygiéniste en chef du Canada.

Le gouvernement doit toutefois continuer de réinvestir dans la santé publique afin d'assurer que le pays est doté d'un système qui se mérite la confiance de la population canadienne. Investir dans la santé publique, c'est aussi une saine politique économique. Nous avons vu au cours des dernières années les répercussions économiques incroyables que les éclosions dans le domaine de la santé publique peuvent avoir sur l'économie d'un pays.

Refermer l'écart Naylor dans la santé publique

Le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique (le Rapport Naylor) a calculé qu'il faut environ 1 milliard de dollars par année pour mettre en œuvre et maintenir le programme de santé publique dont le Canada a besoin. Tout en représentant un réinvestissement important dans le système de santé publique du Canada, le financement annoncé dans le budget de 2004 est loin de répondre à ce besoin fondamental. C'est pourquoi l'AMC demande au gouvernement fédéral de s'attaquer le plus rapidement possible à «l'écart Naylor» de 450 millions de dollars.

Établir des buts nationaux dans le domaine de la santé

Il faudrait établir et suivre des buts nationaux dans le domaine de la santé pour guider les efforts déployés par le Canada afin d'améliorer la santé de la population canadienne. C'est pourquoi l'AMC appuie sans réserve l'appel lancé par les premiers ministres afin d'établir une Stratégie pancanadienne sur la santé publique qui prévoit l'établissement, dans le domaine de la santé, de buts surveillés par une entité indépendante. Ces buts devraient aussi couvrir ceux de l'hygiène du milieu compte tenu de leurs répercussions directes sur la santé des Canadiens.

Investir dans la santé et non dans le tabac

L'investissement, par le Régime de pensions du Canada, dans des actions de sociétés de tabac représente un autre domaine clé pour l'AMC où la politique économique en vigueur n'est pas harmonisée avec la politique nationale sur la santé. Même si le tabac continue de tuer quelque 45 000 Canadiens par année et s'il coûte quelque 11 milliards de dollars par année à la société canadienne, le Régime de pensions du Canada continue d'investir des millions de dollars (94 millions) dans l'industrie du tabac. Nous sommes convaincus qu'il faudrait interdire à l'Office d'investissement du RPC d'investir dans l'industrie du tabac et l'obliger à se départir des titres de celle-ci qu'il détient actuellement.

D'autres régimes importants de pensions et de placement l'ont fait avec succès, y compris les Fonds MD que Gestion MD Limitée, filiale à part entière de l'AMC, détient pour le compte des médecins du Canada. C'est pourquoi nous demandons au Comité permanent des finances, ainsi qu'à celui de la santé, d'examiner conjointement la politique de placement du RPC en ce qui a trait aux investissements dans l'industrie du tabac.

Il faut tenir l'Accord RPM et le financement annoncé l'année dernière pour la santé publique pour ce qu'ils sont – des premiers pas dans la voie du maintien du système de santé du Canada et de son infrastructure de santé publique. Les médecins du Canada et l'AMC sont déterminés à collaborer avec les gouvernements et d'autres intervenants du secteur de la santé afin d'assurer que ces investissements financiers entraînent un changement positif et durable et améliorent en fin de compte la santé de toute la population canadienne.

RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Que le gouvernement fédéral agisse rapidement pour adopter une mesure législative afin de mettre en œuvre les dispositions de l'Accord des premiers ministres qui ont trait au financement et à la responsabilisation. La mesure législative devrait préciser que le Fonds de réduction des temps d'attente de 4,5 milliards de dollars devrait faire l'objet d'ententes de contribution conclues avec les provinces et les territoires.

Recommandation 2

Que le gouvernement fédéral collabore avec les intervenants pertinents pour étendre à tous les professionnels de la santé admissibles qui suivent une formation postdoctorale la période de franchise d'intérêt à l'égard des prêts étudiants du Canada.

Recommandation 3

Dans le contexte d'un effort déployé pour assurer que sa politique fiscale concorde avec les buts de sa politique de santé et la viabilité du système de santé du Canada, le gouvernement fédéral devrait :

- **porter à 100 % le remboursement de TPS accordé aux établissements cliniques de soins de santé financés par l'État (90 millions de dollars par année dans les cas des hôpitaux);**
- **ramener à zéro la TPS sur les services de santé financés par l'État et dispensés par des prestataires de soins de santé indépendants (75 millions de dollars par année dans le cas des services médicaux).**

Recommandation 4

Que les comités permanents des finances et de la santé entreprennent une étude conjointe de la politique du RPC qui a trait aux investissements (actuels et éventuels) de l'Office d'investissement du RPC dans l'industrie du tabac.

II. EXAMEN ANNUEL DE L'AMC

Il s'est passé beaucoup de choses au cours de l'année écoulée en ce qui a trait au système de santé et de soins de santé du Canada. Nous avons d'abord assisté à la création du Conseil de la santé du Canada, institution qui peut jouer un rôle important en améliorant la responsabilisation du système de santé du Canada. Deuxièmement, plusieurs annonces ont visé à rebâtir le système de santé publique du Canada, notamment la création de l'Agence de la santé publique du Canada et la nomination par la suite du premier médecin hygiéniste en chef du Canada. En septembre, les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux ont conclu un accord historique sur un plan décennal visant à renforcer les soins de santé.

Ces événements réjouissent certes la population canadienne qui a fait savoir autant aux gouvernements qu'aux prestataires de soins de santé que l'accès aux soins de santé est devenu son principal enjeu des politiques publiques. La santé a été le principal sujet de la récente campagne électorale fédérale, ce qui n'est pas étonnant.

Depuis quatre ans, l'AMC suit l'évaluation que les Canadiens font de notre système de soins de santé en publiant son Bulletin national sur la viabilité des soins de santé. Nous devons malheureusement signaler que le nombre de Canadiens qui accordent au système national de soins de santé un C ou un F cette année a augmenté d'un total spectaculaire de 9 % par rapport à l'an dernier. Même si les Canadiens accordent toujours au système une note globale de B, le pourcentage des C et des F a été le plus élevé depuis qu'Ipsos-Reid a commencé à réaliser le sondage pour le compte de l'AMC en 2001. Nos résultats de sondage révèlent que plus de 97 % des répondants affirment que toute discussion qui vise à rendre le système plus viable doit garantir l'accès en temps opportun aux services de santé essentiels.

Comme le montre notre fiche d'information sur la santé des Canadiens et leur système de santé (voir Annexe A), l'amélioration de l'accès demeure un défi d'envergure pour notre système de soins de santé. Le Canada affiche un des ratios médecin:habitants les plus faibles de tous les pays de l'OCDE. Il n'est donc pas étonnant qu'en 2003, 14 % des Canadiens ont déclaré ne pas avoir de médecin de famille régulier (25 % au Québec). Une enquête menée récemment par Statistique Canada sur les temps d'attente a révélé que le pourcentage des patients qui jugent leur temps d'attente inacceptable s'établissait à 17 % dans le cas des interventions chirurgicales non urgentes, 21 % dans celui des examens diagnostiques et 29 % dans celui des consultations de spécialistesⁱ.

Au cours de l'année écoulée, l'AMC a lancé de nombreuses activités pour attirer l'attention sur le problème de l'accès et des temps d'attente. En avril dernier, l'AMC a coparrainé un colloque sur la gestion des temps d'attente qui a débouché sur le rapport publié récemment, *Maîtriser les files d'attente : Vers une solution au délais de prestation des soins*ⁱⁱ.

Que dire toutefois de l'état de santé même des Canadiens? Notre état de santé s'est certainement amélioré considérablement au cours des dernières décennies. Même si les Canadiens sont parmi les gens en meilleure santé au monde, la population de plusieurs pays industrialisés jouit toutefois d'un meilleur état de santé.

L'espérance de vie sans incapacité, par exemple, c.-à-d. le nombre d'années de qualité de vie, s'établit au 18^e rang chez les hommes et au 16^e chez les femmes du Canada parmi les 30 pays de l'OCDE. Le taux de mortalité infantile au Canada – décès survenus au cours de la première année de vie – est un des plus élevés parmi les pays de l'OCDE.

Il n'est toutefois pas nécessaire de nous comparer à d'autres pays pour trouver des différences sur le plan de l'état de santé. Il existe aussi des écarts importants à cet égard entre les Canadiens, que ce soit entre les provinces, les régions, les communautés ou les quartiers. D'importantes iniquités au niveau de l'état de santé persistent, par exemple, entre les Canadiens autochtones et non autochtones – l'incidence de l'hépatite et de la tuberculose est cinq et dix fois plus élevée respectivement chez les Autochtones que chez les autres groupes du Canada.

Il y a maintenant plus d'un an que le Comité consultatif sur le SRAS et la santé publique a publié son rapport, aussi appelé «Rapport Naylor». Le rapport a déclenché des progrès positifs dans la reconstruction du système de santé publique du Canada. Le rapport sera nécessaire, car le pays a toujours de sérieux défis à relever dans le domaine de la santé publique, y compris les suivants :

- la propagation des maladies infectieuses (p. ex., la bactérie *C. difficile*);
- la montée du nombre de Canadiens qui ont un poids malsain, y compris les taux d'obésité à la hausse;
- les taux élevés d'inactivité physique;
- le tabagisme, particulièrement chez les adolescents;
- les taux d'immunisation relativement faibles;
- les menaces à la santé de l'environnement, y compris à l'air pur, ainsi qu'à la salubrité des aliments et de l'eau potable.

En résumé, malgré tout ce qui s'est produit cette année, la santé des Canadiens et leur système de soins de santé demeurent de grandes priorités publiques. Même si l'état de santé de la population s'est amélioré au cours des dernières décennies, il y a encore beaucoup d'améliorations possibles, dont certaines peuvent découler de mesures de santé publique et d'un meilleur accès aux soins. Les annonces importantes de la dernière année au sujet du système de santé et du financement de la santé publique constituent un premier pas bien accueilli pour aider les intervenants du secteur de la santé à relever ces défis.

III. L'ACCORD ISSU DE LA RÉUNION DES PREMIERS MINISTRES

L'AMC a suivi de près la réunion sur l'avenir des soins de santé que les premiers ministres ont tenue du 13 au 15 septembre 2004. Nous avons en fait collaboré avec nos collègues du secteur des soins de santé, avant la réunion, afin de définir des stratégies possibles pour améliorer le systèmeⁱⁱⁱ. Nous avons recommandé, par exemple, l'élaboration et l'adoption de points de comparaison pancanadiens des temps d'attente fondés sur des données cliniques, ainsi que la création d'un fonds spécial d'accès aux services de santé du Canada afin d'aider les Canadiens à avoir accès à des soins médicalement nécessaires dans d'autres régions.

Même si nos propositions n'ont pas toutes été acceptées, l'accord issu de la réunion des premiers ministres tenue en septembre (ci-après appelé Accord RPM) comporte de nombreux éléments que l'AMC préconise depuis un certain temps et constitue certainement une réalisation positive.

Nous sommes heureux de constater plus particulièrement que l'on souhaite «faire de l'accès en temps opportun à des soins de qualité une réalité pour toute la population canadienne». Nous félicitons le gouvernement du leadership qu'il a démontré à cet égard.

Nous croyons aussi que l'Accord ouvre la porte à une nouvelle ère d'assurance-maladie fondée sur la collaboration en mettant vraiment à contribution les médecins et d'autres prestataires. Contrairement à ce que l'on croit, on n'a pas offert aux prestataires de soins de santé beaucoup d'occasions de participer aux activités fédérales, provinciales et territoriales de planification. C'est pourquoi nous nous réjouissons de pouvoir collaborer à l'établissement de points de comparaison des temps d'attente fondés sur des données cliniques. Les médecins du Canada peuvent jouer un rôle important à cet égard et souhaitent le faire.

Nous croyons donc que l'Accord RPM constitue un premier pas nécessaire ou «un cadre à appliquer» pour renforcer notre système de soins de santé. Comme nous l'avons dit toutefois en septembre à la suite du dévoilement de l'Accord, «c'est maintenant qu'il faut vraiment commencer à nous retrousser les manches». Nous croyons donc que de nombreuses conditions s'imposent pour assurer que l'Accord atteint ses objectifs. Nous considérons que les conditions permettent de joindre le geste à la parole pour réaliser le plein potentiel de l'Accord RPM.

Adopter une mesure législative pour confirmer les dispositions relatives à l'aide financière et à la responsabilisation.

L'AMC appuie l'adoption d'une loi fédérale pour confirmer les affectations budgétaires prévues à l'Accord (18 milliards de dollars en six ans et 41 milliards en 10 ans), ce qui comprend notamment une indexation de 6 % du transfert canadien en matière de santé (TCS) qui fournira un financement prévisible au système de soins de santé des provinces et des territoires. C'est une mesure que nous recommandons depuis des années.

Même si 41 milliards de dollars, c'est beaucoup d'argent, il ne faut pas oublier que ce montant représente une augmentation d'à peine plus de 3 % en 10 ans des dépenses de santé des gouvernements provinciaux fondées sur les projections basées sur les dépenses publiques actuelles. Nous estimons de plus que l'Accord n'ajoutera que 0,2 % seulement au niveau de dépenses du Canada en fonction du PIB pendant cette période. Autrement dit, même s'il s'impose et s'il est apprécié, l'Accord RPM ne propulsera pas le Canada au premier échelon des dépenses de santé parmi les principaux pays industrialisés. Comme les soins de santé sont devenus un enjeu dominant des politiques publiques, nous nous attendons à ce qu'il y ait, au cours des prochaines années, des discussions de haut niveau à la fois sur le financement futur et sur l'orientation des efforts de réforme des soins de santé.

Nous nous réjouissons aussi de voir qu'un nouvel accord de péréquation complétera l'Accord RPM. Le programme de péréquation joue un rôle clé en assurant que toutes les provinces disposent de niveaux suffisants et comparables de soins de santé et d'autres services sociaux. L'enjeu des paiements de péréquations versés aux provinces a été défini au cours de discussions préparatoires à la réunion de septembre des premiers ministres parce que l'on craignait que des diminutions des paiements de péréquation n'engloutissent l'augmentation des transferts fédéraux pour les soins de santé.

L'accord qui a suivi sur la péréquation servira donc à appuyer l'Accord RPM étant donné que des diminutions des paiements de péréquation n'engloutiront pas les augmentations des transferts au titre des soins de santé virés aux provinces tout en fournissant un financement pluriannuel prévisible.

La mesure législative doit aussi inclure un solide cadre d'imputabilité. L'Accord RPM établit plusieurs responsabilités à l'égard des processus, comme un engagement des gouvernements de produire un rapport sur les indicateurs de l'accès et d'établir des points de comparaisons des temps d'attente au plus tard le 31 décembre 2005. L'AMC est d'avis que le Fonds de réduction des temps d'attente devrait faire l'objet d'ententes de contribution précisant comment les provinces et les territoires utiliseront leur part du fonds pour réduire les périodes d'attente. Pour que l'accord veuille dire quelque chose, il faut respecter les engagements – et leur inobservation devra entraîner des conséquences financières ou politiques.

Il sera important qu'une organisation tierce indépendante évalue les progrès d'une façon ouverte et transparente. Le Conseil de la santé du Canada décrit dans l'Accord RPM pourrait procéder à une évaluation indépendante annuelle à condition de recevoir les ressources nécessaires. L'Institut canadien d'information sur la santé a aussi un rôle important à jouer en assurant que l'on utilise des indicateurs comparables pour mesurer les progrès.

Il est essentiel de faire participer des médecins actifs à toute la mise en œuvre de l'Accord RPM, et en particulier à l'élaboration de points de comparaison des temps d'attente dérivés de données cliniques. La détermination de ces points de comparaison ne signifie rien d'autre – il faut les dériver de données cliniques et non les baser sur des considérations politiques ou financières. À cette fin, l'AMC joue un rôle de premier plan en dégagant, chez les médecins et d'autres organisations d'experts, un consensus sur des normes acceptables relatives aux temps d'attente et sur des protocoles reliés aux meilleures données cliniques disponibles.

RECOMMANDATION 1

Que le gouvernement fédéral agisse rapidement pour adopter une mesure législative afin de mettre en œuvre les dispositions de l'Accord des premiers ministres qui ont trait au financement et à la responsabilisation. La mesure législative devrait préciser que le Fonds de réduction des temps d'attente de 4,5 milliards de dollars devrait faire l'objet d'ententes de contribution conclues avec les provinces et les territoires.

Améliorer l'accès en s'attaquant aux problèmes de ressources humaines de la santé

L'AMC est heureuse de voir que les premiers ministres reconnaissent pour la première fois la pénurie de ressources humaines de la santé (RHS) qui sévit actuellement au Canada et qui s'aggrave. L'Accord RPM ne prévoit toutefois pas adéquatement de stratégie de lutte contre cette crise : il s'en tient à l'élaboration de plans d'action sur les ressources humaines de la santé et à l'appui d'une initiative pour les ressources humaines en santé autochtone.

L'AMC est d'avis que le manque d'intervention immédiate sur les RHS est un aspect où l'Accord n'est pas à la hauteur. Comme nous le signalons dans notre fiche d'information, le Canada est aux prises avec une pénurie de ressources humaines de la santé.

Le ratio de 2,1 médecins pour 1000 habitants au Canada demeure un des plus faibles parmi les pays de l'OCDE et au-dessous de la moyenne de l'OCDE, qui s'établit à 2,9. Les premiers résultats de l'édition 2004 du Sondage national auprès des médecins – recensement le plus important auprès des médecins jamais réalisé au Canada – révèle que jusqu'à 3800 médecins prendront leur retraite au cours des deux prochaines années : c'est plus que deux fois le taux actuel. En outre, 26 % des médecins ont l'intention de réduire leurs heures de travail^{iv}. Il ne faut pas oublier que l'accès opportun à des services de santé vise d'abord et avant tout les prestataires de soins de qualité, ainsi que les outils et les infrastructures dont ils ont besoin pour répondre à la demande croissante de services médicaux au Canada.

Pour que l'Accord RPM réussisse à améliorer l'accès aux soins, les gouvernements doivent attacher une grande priorité aux ressources humaines de la santé et commencer par assurer que le Fonds de réduction des temps d'attente sert à s'attaquer à la crise des ressources humaines de la santé sur-le-champ plutôt qu'au cours des quatre dernières années de la période de 10 ans, comme le prévoit actuellement l'Accord^v. Compte tenu des pénuries actuelles de ressources humaines de la santé, il faut commencer à intervenir dès maintenant – et non en 2010.

L'AMC demande en outre au gouvernement fédéral de jouer un rôle clé en améliorant la disponibilité des ressources humaines de la santé, c.-à-d. en élaborant une stratégie pancanadienne de gestion des RHS qui inclut la participation des prestataires de soins de santé. Il nous faut plus précisément une stratégie pancanadienne de gestion des RHS en trois volets qui porterait sur (1) la planification des RHS, (2) l'augmentation de l'offre de professionnels de la santé et (3) le maintien des effectifs.

Planification

Même si les gouvernements investissent des sommes importantes dans les soins de santé, ils le font sans bénéficier d'une stratégie nationale à long terme de gestion des ressources humaines de la santé. Le Canada compte 14 systèmes provinciaux-territoriaux et fédéraux actifs de soins de santé. Or, nos politiques d'immigration sont en grande partie nationales et la mobilité de la main-d'œuvre entre les provinces est importante.

Il n'existe actuellement pas de comité national général de coordination qui aide les provinces et les territoires à planifier les ressources humaines de la santé, et en particulier d'entité qui regroupe tous les intervenants pertinents, y compris les médecins et d'autres professionnels de la santé. Nous sommes d'avis qu'il faudrait créer à de telles fins un Comité national de coordination des ressources humaines de la santé – mesure qu'ont recommandée les rapports Romanow et Kirby.

Des recherches s'imposent pour appuyer la planification à long terme des RHS. L'AMC a déjà proposé de créer un institut autonome des ressources humaines de la santé (IRHS) qui favoriserait la collaboration et le partage des recherches sur les RHS entre les centres d'excellence universitaires bien connus, ainsi que des groupes de recherche des associations professionnelles et du secteur public.

Offre

La politique du Canada sur les RHS devrait viser à assurer que le Canada est autosuffisant sur le plan de l'offre de médecins et d'autres professionnels de la santé. Plusieurs stratégies s'imposent pour atteindre ce but, dont les suivantes :

- Affecter un fonds précis pour augmenter le nombre d'inscriptions en formation médicale prédoctorale et postdoctorale (et en particulier le nombre de postes de réintégration). L'inscription dans les facultés de médecine devrait atteindre au moins 2500 en 2007.
- Étendre le système de formation postdoctorale afin d'accueillir l'augmentation du nombre des diplômés en formation, y compris les centaines de diplômés de facultés de médecine étrangères (DFME) au Canada qui ont été jugés admissibles à une formation postdoctorale au pays. Il faudrait porter le nombre de postes de première année de résidence à 120 % du nombre de diplômés que produisent chaque année les facultés de médecine du Canada. L'Annexe B décrit comment procéder à cette augmentation. On estime que l'ajout de 500 postes coûterait 75 millions de dollars en cinq ans. Dans son programme électoral, le gouvernement au pouvoir s'est engagé notamment à fournir du financement afin de donner une formation d'appoint à 1000 professionnels de la santé formés à l'étranger.
- Accélérer l'intégration des diplômés de facultés de médecine étrangères en finançant un programme d'évaluation en ligne rapide administré par le Conseil médical du Canada. Le programme permettrait de déterminer le caractère convenable des DFME et leur admissibilité à une formation postdoctorale (le coût en est estimé à 20 millions de dollars en cinq ans).
- Mettre en œuvre une stratégie nationale afin d'accorder aux stagiaires qui suivent une formation postdoctorale en médecine les conditions favorables liées aux intérêts sur les prêts étudiants du Canada. L'endettement élevé des étudiants a des répercussions à la fois sur le *type* de spécialité que choisissent les médecins en formation et, en fin de compte, sur l'*endroit où* ils décident de pratiquer – ce qui en fait un problème clé des ressources humaines de la santé (voir l'encadré qui suit). L'Association médicale canadienne félicite le gouvernement fédéral de s'être engagé à alléger le fardeau financier imposé aux étudiants des professions de la santé comme il l'a annoncé dans l'Accord RPM.

Le saviez-vous?

Il faut déployer des efforts ardu et coûteux pour devenir médecin actif à part entière. Il faut au moins neuf ans^{vi} de formation et d'études postsecondaires souvent financées par des prêts importants des secteurs public et privé, comme des marges de crédit. On estime que lorsque les étudiants en médecine entreprennent leur formation postdoctorale préalable à la pratique, beaucoup doivent déjà au moins 120 000 \$^{vii} ou plus.

RECOMMANDATION 2

Que le gouvernement fédéral collabore avec les intervenants pertinents pour étendre à tous les professionnels de la santé admissibles qui suivent une formation postdoctorale la période de franchise d'intérêt à l'égard des prêts étudiants du Canada.

Maintien des effectifs

Le maintien des effectifs demeure une préoccupation majeure dans le cas des effectifs de la santé, y compris les médecins, non seulement sur le plan de la perte de médecins qui émigrent, mais aussi sur celui d'autres activités professionnelles (c.-à-d. possibilités autres que la prestation de soins en première ligne). Il ne sert pas à grand chose de recruter de nouveaux médecins des premières lignes si nous oublions comment les garder une fois qu'ils sont très qualifiés et ont atteint leurs années les plus productives.

Les enjeux du maintien des effectifs sont généraux. Les difficultés que pose l'accès à d'autres types de soins pour leurs patients, comme des examens de diagnostic, des soins spécialisés ou des services communautaires, constituent en fait une frustration majeure pour les médecins d'aujourd'hui. Comme on l'a déjà dit, l'amélioration de l'accès à un éventail complet de prestataires et de services de soins de santé et la réduction des temps d'attente peuvent donc aider.

Nous croyons aussi que des investissements dans les technologies de l'information (TI) peuvent aider à améliorer la coordination des soins de santé et permettre aux médecins de consacrer plus de temps à leurs patients afin de leur dispenser des soins de qualité. La connectivité entre les médecins communautaires, les services communautaires, les spécialistes, les hôpitaux et les services de diagnostic est actuellement limitée. Des investissements dans les TI peuvent améliorer l'intégration des soins, la sécurité des patients et la gestion des temps d'attente. Les technologies peuvent relier les systèmes provinciaux et régionaux de gestion des temps d'attente tout en appuyant des systèmes d'ordonnancement plus complets. Les TI permettent d'envoyer les ordonnances au pharmacien local et des avertissements de santé publique aux cabinets des médecins par voie électronique.

Nous reconnaissons que l'on investit déjà dans les TI et que des systèmes entreront en service au cours de la prochaine décennie. Nous croyons toutefois qu'en accélérant maintenant les investissements dans les TI, on pourra réaliser plus rapidement des efficiences et des économies dans le système tout en améliorant la prestation et la coordination des soins de santé.

L'application de la politique fiscale au secteur des soins de santé constitue un autre enjeu du maintien des effectifs qui cause énormément de frustration aux médecins. La section suivante traite de cet enjeu.

Harmoniser la politique fiscale et la politique de santé

L'AMC préconise toujours un examen du lien entre la politique fiscale fédérale et la politique sur les soins de santé au Canada. La fiscalité est un puissant instrument de politique publique. Une bonne politique fiscale devrait renforcer et appuyer une bonne politique sur les soins de santé. Le dernier examen global du régime fiscal du Canada effectué par le gouvernement fédéral date toutefois de 40 ans (la Commission royale d'enquête sur la fiscalité de 1962 à 1966 – la Commission Carter).

Selon la théorie standard des finances publiques, une politique fiscale efficace^{viii} doit viser notamment à instaurer l'équité distributive et à corriger les inefficiences du secteur privé. Les iniquités de la politique fiscale et le manque de cohérence entre les buts de la politique nationale sur la santé et la politique fiscale préoccupent l'AMC depuis quelque temps.

Nous savons que le comité cherche des idées sur des changements fiscaux qui peuvent rendre l'économie plus productive. Nous reconnaissons par ailleurs que le gouvernement est déterminé à améliorer l'accès aux soins de santé pour la population canadienne. Un bon moyen d'atteindre les deux objectifs consiste à assurer que la politique fiscale du Canada appuie notre système de santé.

L'AMC demande plus précisément au gouvernement fédéral de supprimer l'application de la taxe sur les produits et services (TPS) au secteur des soins de santé. Les services hospitaliers sans but lucratif bénéficient actuellement d'un remboursement de 83 % de la TPS payée sur les biens et services, tandis que les organismes de santé sans but lucratif reçoivent un remboursement de 50 %. Les professionnels de la santé qui œuvrent dans des cliniques autonomes n'ont droit à aucun allègement de la TPS (nous en discutons ci-dessous). On estime à 90 millions de dollars par année la partie du financement que les hôpitaux remboursent à eux seuls au gouvernement fédéral sous forme de recettes de la TPS. Le montant équivaut au coût de presque 40 appareils d'IRM! L'AMC est d'avis qu'il faudrait éviter aux services de santé financés par l'État d'avoir à utiliser de maigres ressources pour rembourser la TPS et que ceux-ci devraient bénéficier d'un remboursement complet de la TPS.

Cette mesure établirait-elle un précédent? «Non». Les médicaments d'ordonnance, qui représentent un pourcentage important du total des coûts des soins de santé, sont détaxés depuis 1996. Dans son budget de 2004, le gouvernement fédéral a en outre confirmé que les municipalités pourraient récupérer immédiatement 100 % de la TPS et le volet fédéral de la taxe de vente harmonisée (TVH). Dans le contexte du secteur dit «MUSH» (administrations municipales, universitaires, scolaires et hospitalières), nous sommes d'avis que le moment est venu d'étendre le remboursement complet au secteur des soins de santé. Le gouvernement fédéral doit cesser de taxer les soins de santé financés par l'État.

L'application inégale du remboursement de la TPS à différents services de santé nuit aussi aux efforts déployés pour en renouveler et réorienter la prestation. Les services communautaires comme les cliniques et les foyers de soins infirmiers reçoivent actuellement un remboursement de 50 % seulement de la TPS tandis que les hôpitaux en reçoivent un de 83 %. Est-il logique qu'un foyer de soins infirmiers ou un service de soins à domicile paie plus de TPS qu'un hôpital, surtout lorsqu'on essaie d'effectuer un virage vers un système communautaire plus accessible? Le caractère variable des remboursements de TPS n'est aucunement logique pour des organisations comme les régies régionales de la santé qui coiffent tout un éventail de services de santé mais paient des taux différents. Le gouvernement a reconnu dans son budget de 2003 qu'il fallait revoir l'application de la TPS au contexte de soins extrahospitaliers. Nous attendons cette étude. Des incohérences réduisent l'efficience du secteur des soins de santé, mais elles sont relativement simples à corriger^{ix}.

Les services médicaux sont par ailleurs jugés «exonérés de la taxe» en vertu de la *Loi sur l'accise*, ce qui signifie que les médecins ne peuvent demander de crédits de la TPS sur intrants même s'ils doivent payer la TPS sur le matériel qu'ils achètent, leur loyer et leurs services publics. Contrairement à d'autres particuliers indépendants ou petites entreprises, les médecins ne peuvent faire payer aucun de ces coûts supplémentaires, car ils tirent environ 98 % de leur rémunération de régimes publics d'assurance-maladie. Jusqu'à maintenant, les gouvernements provinciaux ne sont pas disposés à fournir du financement pour tenir compte des coûts supplémentaires associés à la TPS (ils affirment qu'il s'agit d'une question fédérale).

Les médecins ne demandent pas de traitement de faveur. Ils recherchent l'équité à l'intérieur du régime fiscal. Si les médecins, en tant que particuliers indépendants, sont considérés comme de petites entreprises aux fins de la fiscalité, il semble donc raisonnable seulement qu'on leur applique les mêmes règles fiscales qui à d'autres petites entreprises (c.-à-d. droit de recevoir des crédits de TPS sur intrants). Il s'agit d'un aspect fondamental de l'équité fiscale. Le Comité a en fait reconnu deux fois déjà qu'il fallait réévaluer l'application de la TPS aux services médicaux^x.

L'application injuste de la TPS au secteur des soins de santé demeure une cause de frustration majeure dans les milieux médicaux et le problème n'est toujours pas réglé. Nous sommes d'avis qu'il serait utile de s'attaquer aux problèmes pour appuyer les efforts déployés par le Canada afin de garder ses médecins. D'autres prestataires de soins de santé indépendants qui offrent des services financés par l'État connaissent un problème semblable.

RECOMMANDATION 3

Dans le contexte d'un effort déployé pour assurer que sa politique fiscale concorde avec les buts de sa politique de santé et la viabilité du système de santé du Canada, le gouvernement fédéral devrait :

- **porter à 100 % le remboursement de TPS accordé aux établissements cliniques de soins de santé financés par l'État (90 millions de dollars par année dans les cas des hôpitaux);**
- **ramener à zéro la TPS sur les services de santé financés par l'État et dispensés par des prestataires de soins de santé indépendants (75 millions de dollars par année dans le cas des services médicaux).**

IV SANTÉ PUBLIQUE : PUBLIC EN SANTÉ

Comme nous l'avons déjà signalé, il s'est passé beaucoup de choses au cours de l'année écoulée en ce qui a trait au système de santé publique du Canada. La création du poste de ministre d'État à la Santé publique a réjoui l'AMC. Nous félicitons le gouvernement du Canada d'avoir créé l'Agence de la santé publique du Canada et d'avoir choisi le D^r Butler-Jones comme nouveau médecin hygiéniste en chef du Canada. L'engagement de quelque 665 millions de dollars consacrés à des investissements dans la santé publique au cours des trois prochaines années, qui a été annoncé dans le budget de 2004, a aussi été bien accueilli.

L'AMC collaborera à fond avec le D^r Butler-Jones et l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi qu'avec les ministres Bennett et Dosanjh, pour établir un plan coordonné et intégré de gestion et d'amélioration de la santé publique au Canada. Ces événements représentent certainement un bon pas en avant vers la reconstruction du système de santé publique du Canada.

S'attaquer à «l'écart Naylor»

En dépit de ces initiatives, il demeure essentiel de rappeler au gouvernement et à la population canadienne qu'il faut accorder plus d'attention à la santé publique. Comme membre de la Coalition canadienne pour la santé publique au XXI^e siècle (CCSP21), l'AMC demande au gouvernement fédéral de hausser l'engagement financier qu'il consacre au renouvellement du système de santé publique du Canada.

Le système de santé publique est un élément vital d'un système de santé viable, car il allège les pressions qui s'exercent sur le système de soins de santé et produit un avantage net pour la société^{xi}. Deux tiers du total des décès au Canada sont attribuables aux maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies pulmonaires et le diabète (sucré de type 2) – dont un grand nombre sont évitables.

Investir dans la santé publique, c'est aussi une bonne politique économique. Nous avons été témoins au cours des dernières années de l'impact économique incroyable que les écloisions dans le domaine de la santé publique peuvent avoir sur l'économie d'un pays. On a calculé, par exemple, que l'éclosion de SRAS a coûté à l'économie canadienne plus de 1,5 milliard de dollars en 2003 seulement et l'on en ressent encore les répercussions^{xii}. Comme le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique^{xiii} l'affirme dans son rapport (le Rapport Naylor), «nous ne sommes jamais très éloignés de graves épidémies».

C'est pourquoi nous nous sommes réjouis d'entendre le gouvernement affirmer dans son discours du Trône qu'il ira de l'avant avec la création du Réseau de santé publique pancanadien.

Il faut toutefois surmonter plusieurs années d'inattention à l'égard des enjeux de la santé publique et de son infrastructure – il est impossible de le faire en un an. Les dépenses consacrées à la santé publique au Canada sont faibles. Les comparaisons internationales sont difficiles à trouver et à établir, mais il semble qu'il s'agit d'un cas où le Canada pourrait tirer des leçons de son voisin du Sud qui consacre davantage d'argent à la santé publique (voir l'encadré où l'on compare les dépenses de santé publique du Canada et des États-Unis)^{xiv}. Même si l'Accord RPM fait allusion au rôle de la santé publique, il ne prévoyait aucun financement supplémentaire à cet égard.

COMPARAISON DES DÉPENSES PUBLIQUES DU CANADA ET DES ÉTATS-UNIS

En se fondant sur des données de l'ICIS et des Centers for Medicare and Medicaid Services des États-Unis, l'AMC a établi les estimations comparatives suivantes des dépenses consacrées à la santé publique au Canada et aux États-Unis en 2002.

	Canada	États-Unis
1. Dépenses par habitant consacrées aux services de santé publique (\$CAD, rajustées en fonction de la PPA)	138 \$	207 \$
2. Part des dépenses consacrées à la santé publique en % des dépenses publiques consacrées aux soins de santé	5,5 %	7,2 %
3. Part des dépenses consacrées à la santé publique en % du total des dépenses consacrées aux soins de santé	3,9 %	3,3 %

Les États-Unis consacrent environ 50 % de plus que le Canada à la santé publique lorsque l'on compare les paiements par habitant. Les États-Unis dépensent davantage en santé publique lorsque l'on considère les dépenses en la matière en pourcentage de tous les services financés par l'État (en partie parce que le secteur financé par l'État est proportionnellement plus restreint). Par ailleurs, le Canada consacre davantage à la santé publique sur le plan du pourcentage des dépenses de santé publique par rapport au total des dépenses de santé. La différence est attribuable en partie au fait que le secteur financé par le secteur privé est proportionnellement plus important aux États-Unis. Comme la santé publique est avant tout un bien public payé par les gouvernements, nous croyons qu'il convient davantage de comparer les résultats des deux premiers indicateurs.

Dans le Rapport Naylor, on estime que la santé publique au Canada représente de 2,6 % à 3,5 % du total des dépenses publiques de santé au Canada et de 1,8 à 2,5 % du total des dépenses de santé. Même si ces chiffres estimatifs sont inférieurs à ceux que nous présentons ci-dessus, ils appuient notre observation selon laquelle le Canada consacre moins d'argent que les États-Unis à la santé publique.

Le Rapport Naylor a présenté un plan directeur d'intervention et de réinvestissement dans le système de santé publique pour le XXI^e siècle. On y estime qu'il faudra environ 1 milliard de dollars par année pour mettre en œuvre et maintenir les programmes de santé publique dont le Canada a besoin. Dans le mémoire qu'elle a présenté au Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, l'AMC a aussi décrit un éventail essentiel d'initiatives et de programmes intégrés de santé publique qui totalisent quelque 1,5 milliard de dollars en cinq ans^{xv}.

Le gouvernement fédéral a engagé jusqu'à maintenant 665 millions de dollars environ dans de nouveaux programmes (financement ponctuel, sur deux ans et trois ans), total qui est loin d'atteindre le milliard de dollars préconisé par le D^r Naylor. Le tableau A ci-dessous décrit cet «écart Naylor» d'environ 450 millions de dollars par année.

Tableau A : Estimation de l'«écart Naylor»

Financement recommandé par la Commission Naylor (d'ici à 2006–2007)	Budget 2004	Écart Naylor
Financement relié à l'Agence de la santé publique du Canada		
<ul style="list-style-type: none"> - Budget de base de 300 millions de dollars par année de la DGSPSP et d'autres services fédéraux connexes à transférer à la nouvelle agence - activités fonctionnelles de base à augmenter de 200 millions par année dans trois à cinq ans 	<ul style="list-style-type: none"> - 404 millions de dollars virés de Santé Canada à l'Agence - 165 millions de dollars en deux ans pour aider à établir la nouvelle agence, accroître la capacité d'intervention en cas d'urgence, améliorer la surveillance, établir des centres d'excellence régionaux, accroître la capacité des services de laboratoire, renforcer la coordination et la collaboration internationales 	117,5 millions de dollars par année (200 millions recommandés par la Commission Naylor moins 82,5 millions par année engagés par le gouvernement fédéral en moyenne). De plus, rien n'est prévu après 2005–2006.
Financement du système		
Trois programmes de transferts coûtant 500 millions de dollars par année : <ul style="list-style-type: none"> - 300 millions pour le Programme des partenariats en santé publique afin de créer de la capacité à l'échelon local - 100 millions pour la surveillance des maladies transmissibles - 100 millions pour appuyer la stratégie nationale sur l'immunisation 	<ul style="list-style-type: none"> - 100 millions de dollars (ponctuel) à l'Inforoute Santé Canada pour payer un système de surveillance de la santé publique en temps réel. - 400 millions en trois ans pour : <ul style="list-style-type: none"> - 300 millions pour la stratégie nationale sur l'immunisation - 100 millions pour les provinces afin de combler des écarts immédiats au niveau de la capacité 	Environ 333 millions de dollars par année (500 millions par année demandés par la Commission Naylor moins des engagements de 500 millions en trois ans ou de 167 millions dollars en moyenne par année annoncés dans le budget de 2004.)
Total : 1 milliard de dollars par année	404 millions de dollars par année plus 665 millions en programmes nouveaux (lancement ponctuel, sur deux ans ou sur trois ans)	«Écart Naylor» total : 450,5 millions de dollars par année

Nous reconnaissons que l'Agence de la santé publique du Canada vient tout juste d'être créée. Nous reconnaissons aussi que le gouvernement a signalé dans son budget 2004 que : «Le gouvernement du Canada prévoit faire des investissements ultérieurs dans ce domaine une fois que la nouvelle agence sera opérationnelle, que l'agent de la santé publique en chef aura élaboré un plan complet en matière de santé publique et que le gouvernement aura eu la possibilité d'évaluer le besoin de ressources supplémentaires^{xvi}». Il est néanmoins crucial de continuer le plus tôt possible à réinvestir dans le système de santé publique du Canada afin de protéger et de promouvoir la santé de la population canadienne.

Ces investissements supplémentaires s'imposent si l'on veut mettre en œuvre complètement les recommandations du D^r Naylor, ce qui inclut les coûts de fonctionnement d'un système de communication en temps réel pour les prestataires des services de santé publique des premières lignes en période d'urgence en santé. Ce système garantirait l'échange bidirectionnel d'information entre les prestataires de soins de santé des premières lignes et les professionnels de la santé publique au service local de santé publique, au ministère provincial de la santé publique et à l'Agence de la santé publique du Canada. L'AMC a présenté récemment à Inforoute Santé Canada une proposition visant à créer un système (l'Initiative de coordination et de communication en cas d'urgence en santé) qui relierait les médecins du Canada aux autorités gouvernementales. Les investissements supplémentaires serviraient aussi à appuyer le recrutement de praticiens de la santé publique et à en maintenir les effectifs^{xvii}.

Comparativement à d'autres secteurs de dépenses de la santé, nous savons très peu de choses sur l'affectation des budgets de la santé publique et sur les résultats qui en découlent. Les dépenses consacrées à la santé publique sont actuellement regroupées avec certains frais d'administration du système de santé. Nous croyons qu'il faut mieux suivre les dépenses consacrées à la santé publique et mieux en faire rapport à la population.

Établir et atteindre des buts nationaux dans le domaine de la santé

L'AMC s'est réjouie de voir les premiers ministres appuyer, dans l'Accord RPM, l'établissement d'une stratégie sur la santé publique pancanadienne et de buts dans le domaine de la santé qui sont surveillés par une entité indépendante. Nous croyons que les buts dans le domaine de la santé constituent un élément clé pour relever les lourds défis qui nous attendent dans le domaine de la santé publique. Les buts poussent à agir et responsabilisent davantage le système. Contrairement au Canada, beaucoup d'autres pays – y compris les États-Unis, le R.-U. et l'Australie – ont fixé à leur population des buts nationaux dans le domaine de la santé.

Au cours de la réunion du Conseil général que l'AMC a tenue en août 2004, les médecins se sont entendus sur des buts sanitaires reliés à l'activité physique, au poids santé et à l'obésité (voir l'encadré ci-dessous). Les buts ont déjà un effet. Le ministre de la Santé de la Colombie-Britannique, Colin Hansen, a accepté récemment de relever le défi posé par le président de l'Association médicale de la Colombie-Britannique, le D^r Jack Burak, et de hausser de 10 % les niveaux de conditionnement physique d'ici à 2010.

Il faut aussi nous préoccuper davantage de l'établissement, de l'atteinte et de la surveillance de buts reliés à l'hygiène du milieu. Pensons à l'eau potable, par exemple. Même si les Canadiens ont beaucoup de difficulté à le croire, un approvisionnement sécuritaire en eau constitue une

préoccupation clé dans le domaine de la santé pour la population canadienne d'aujourd'hui tout comme au début du XX^e siècle. La pollution de nos réserves d'eau – y compris la présence de bactéries résistant aux antibiotiques qui est attribuable à l'utilisation d'antibiotiques dans la santé humaine et animale – et le manque d'infrastructures adéquates de traitement de l'eau ont contribué au problème. Comme Canadiens, nous devons avant tout reconnaître qu'une importante réserve naturelle d'eau et d'autres ressources naturelles n'obvie pas au besoin d'une solide gouvernance de l'environnement. Les dirigeants de la santé publique jouent un rôle important à cet égard.

Il est toutefois inutile de fixer des buts sans avoir l'intention de les atteindre. Il faudra des ressources pour atteindre les buts établis dans le domaine de la santé, comme la formation et le recrutement de spécialistes de la santé publique, ainsi que le financement nécessaire pour appuyer des campagnes publiques de publicité et de marketing.

**Objectifs reliés à l'activité physique et au poids santé au Canada
(Approuvés au Conseil général de l'AMC, août 2004, Toronto)**

L'Association médicale canadienne exhorte tous les paliers de gouvernement à s'engager à lancer une stratégie nationale complète, intégrée et fondée sur la collaboration afin de hausser les niveaux d'activité physique de tous les Canadiens et de les augmenter de 10 % dans chaque province et territoire d'ici à 2010.

L'Association médicale canadienne demande à tous les intervenants d'élaborer de toute urgence et en priorité un plan d'action contre l'épidémie d'obésité au Canada afin d'augmenter de 15 % d'ici à 10 ans le pourcentage des Canadiens qui ont un poids santé.

Investir dans la santé et non dans le tabac

Pour améliorer l'état de santé de la population, il faut plus que promouvoir des habitudes de vie saine. Une société en bonne santé a aussi besoin d'une politique publique qui appuie la santé (p. ex., éducation et revenu suffisants, logement approprié, nutrition adéquate, environnement propre et sécuritaire).

Le tabagisme est un bon exemple de risque pour la santé que l'on a réduit considérablement avec l'aide de politiques publiques comme les taxes plus élevées sur le tabac, le maintien des restrictions sur la publicité et la promotion des produits du tabac, sans oublier les restrictions imposées au tabagisme en public. Le manque d'uniformité – en l'occurrence, entre les politiques de placement de l'Office d'investissement du RPC et les buts de la politique de santé du Canada – caractérise toujours les politiques publiques du Canada.

Les Canadiens sont très fiers de leur régime de pensions public, soit le Régime de pensions du Canada (RPC). Ce programme social bénéficie d'un appui solide et plusieurs pays le considèrent comme un modèle de pratique exemplaire. Or, même si le tabac continue de tuer quelque 45 000 Canadiens par année et coûte environ 11 milliards de dollars par année à la société canadienne^{xviii}, le Régime de pensions du Canada détient pour 94 millions de dollars de titres de l'industrie du tabac.

Les médecins du Canada connaissent les répercussions du tabagisme. Nous sommes témoins des souffrances physiques et psychologiques que les maladies reliées au tabac causent aux patients et aux membres de leur famille. C'est pourquoi l'AMC a toujours recommandé un vaste éventail de mesures anti-tabac comme les taxes plus élevées sur le tabac, le maintien des restrictions de la publicité et de la promotion des produits du tabac, les restrictions sur le tabagisme en public, l'interdiction de la vente aux mineurs, la réduction de la concentration des ingrédients toxiques dans les produits du tabac et les programmes d'abandon du tabac. Nous nous réjouissons des efforts déployés jusqu'à maintenant, mais la lutte est loin d'être terminée. Comme le montre notre fiche d'information, les taux de tabagisme demeurent élevés dans certains segments de la population, et en particulier chez nos adolescents.

Depuis quelques années, le gouvernement fédéral a consacré des centaines de millions de dollars à une stratégie anti-tabac qui, conjuguée aux efforts déployés par les provinces et les municipalités, fait une différence pour la population canadienne. L'Office d'investissement du RPC investit et vote toutefois comme actionnaire suivant une tendance qui s'écarte à la fois de la politique de santé publique et des mesures de réduction du tabagisme mises en œuvre partout au Canada. Il est incohérent et illogique pour une entité gouvernementale de consacrer des millions de dollars de fonds de l'État à la lutte contre le tabac tandis qu'une autre investit des millions de dollars dans des sociétés de tabac et appuie leurs efforts de rentabilité.

Résolution adoptée par le Conseil général de l'Association médicale canadienne en août 2004 :

...que le gouvernement modifie la Loi sur l'Office d'investissement du Régime de pensions du Canada afin d'interdire au RPC d'investir dans l'industrie du tabac et d'obliger l'Office d'investissement du RPC à se départir des titres de l'industrie du tabac qu'il détient actuellement.

L'AMC est prête à joindre le geste à la parole – les «Fonds MD» de Gestion MD Limitée, qui sont gérés pour les médecins du Canada, suivent cette politique depuis presque 10 ans. D'autres importants régimes de pensions et de placement ont eux aussi appliqué cette politique avec succès, y compris le régime de retraite et de pensions de plusieurs États américains et la caisse de retraite de l'American Medical Association.

Même si l'AMC est clairement convaincue que l'Office d'investissement du RPC ne doit pas investir dans l'industrie du tabac et doit se départir des titres de celle-ci qu'il détient actuellement, nous reconnaissons que votre comité souhaitera peut-être étudier la question dans un plus vaste contexte afin d'en évaluer toutes les répercussions. Nous suggérons de le faire de concert avec le Comité permanent de la santé.

RECOMMANDATION 4

Que les comités permanents des finances et de la santé entreprennent une étude conjointe de la politique du RPC qui a trait aux investissements (actuels et éventuels) de l'Office d'investissement du RPC dans l'industrie du tabac.

V. CONCLUSION

Dans son dernier rapport sur les audiences prébudgétaires, le Comité des finances signalait que le mémoire de l'AMC proposait des investissements ponctuels relativement modestes qui peuvent appuyer le système de soins de santé^{xix}. Le mémoire de cette année propose une fois de plus des investissements stratégiques qui appuient selon nous les buts de la politique de santé du Canada et aident à mettre en œuvre l'Accord RPM. Nos recommandations visent aussi à mieux harmoniser la politique économique et la politique de santé du Canada.

Il est naturel de considérer une entente comme un aboutissement. En réalité, toutefois, il faut considérer l'Accord RPM et le financement lancé l'année dernière pour la santé publique pour ce qu'ils sont – des premiers pas dans la voie de la viabilisation du système de santé du Canada et de son système de santé publique. Les médecins du Canada et l'AMC sont déterminés à collaborer avec les gouvernements et d'autres intervenants du secteur des soins de santé afin d'assurer que les investissements annoncés au cours de l'année écoulée entraînent des changements positifs et durables et améliorent en fin de compte la santé de toute la population canadienne.

NOTES

ⁱ Claudia Sanmartin et al. *Accès aux services de soins de santé au Canada*, 2003. Statistique Canada, 2004.

ⁱⁱ Association médicale canadienne. *Maîtriser les files d'attente : vers une solution aux délais de prestation des soins*. Document de réflexion. Juillet 2004. Ottawa.

ⁱⁱⁱ AMC, *Meilleure santé, Meilleur accès*, septembre 2004; Association canadienne des soins de santé, Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association des pharmaciens du Canada. «Une vision commune du système de santé du Canada», septembre 2004.

^{iv} Enquête nationale auprès des médecins, «Diffusion initiale de données du Sondage national 2004 auprès des médecins», octobre 2004.

^v Une note qui suit le calendrier de financement indique que l'argent affecté au Fonds de réduction des temps d'attente pour les ressources humaines de la santé (250 millions de dollars en quatre ans) le sera seulement au cours des quatre dernières années de l'Accord.

^{vi} Durée moyenne. Deux facultés de médecine seulement sur 16 ont un programme de trois ans (plutôt que de quatre ans).

^{vii} Cette estimation repose sur des coûts réels et estimatifs établis par le gouvernement fédéral, ainsi que sur la moyenne nationale réelle courante des frais de scolarité des programmes de premier cycle en médecine. Sources de données : (1) Statistique Canada, *Le Quotidien*, 26 avril 2004, Enquête nationale auprès des diplômés : endettement des étudiants, p. 2. (2) Gouvernement du Canada, *Ciblétudes. Épargner pour les études de votre enfant, Le coût projeté de l'éducation de votre enfant. Frais de scolarité dans les universités. Coût de la vie type en 1996, pour un étudiant d'université vivant à l'extérieur : 13 000 \$ - frais de scolarité 3 500 \$ = 9 500 \$ x 24 % (8 ans multipliés par inflation à 3 % mentionnée dans le document de référence ci-dessus) = 11 780 \$.* Voir :

<http://www.canlearn.ca/financement/economiser/garantirsécurité/clcos.cfm?langcanlearn=fr>

(3) Association des facultés de médecine du Canada pour les frais de scolarité.

^{viii} Pour une discussion plus poussée sur le rôle de la fiscalité dans les politiques publiques, voir Musgrave, Richard A. et Peggy B. Musgrave *Public Finance in Theory and Practices*. 1973. New York : McGraw-Hill.

^{ix} Association médicale canadienne, *La fiscalité et la santé – Nouveau coup d'œil*. Document de discussion, mai 2002.

^x Voir *Maintenir l'équilibre*, Rapport de 1997 du Comité permanent des finances; *Affronter l'avenir : les défis et les choix d'une ère nouvelle*, Rapport de 1998 du Comité permanent des finances.

^{xi} Voir, par exemple, Laurie J. Goldsmith, Brian Hutchinson et Jeremiah Hurley, *Economic Evaluation Across the Four Faces of Prevention: A Canadian Perspective*. (Hamilton : Centre for Health Economics and Policy Analysis, Université McMaster), mai 2004.

^{xii} Le Conference Board du Canada, «The Economic Impact of SARS», Ottawa, mai 2003.

^{xiii} Rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, *Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada*, octobre 2003.

^{xiv} Fondé sur des données du Center for Medicare and Medicaid Services (<http://www.cms.hhs.gov/statistics/nhe/>).

^{xv} Association médicale canadienne, *Signal d'alerte : Le plan d'action de l'AMC en matière de santé publique*. Mémoire présenté au Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, juin 2003.

^{xvi} Gouvernement du Canada, ministère des Finances du Canada, *Le Plan budgétaire de 2004*, p. 104, 2004.

^{xvii} Voir *Signal d'alerte : Le Plan d'action de l'AMC en matière de santé publique* qui présente d'autres initiatives que l'on pourrait financer pour reconstruire le système de santé publique du Canada.

^{xviii} Adapté d'estimations fournies par Murray J. Kaiserman, «Le coût du tabagisme au Canada, 1991», *Maladies chroniques au Canada*, vol. 18, n° 1, 1997. Disponible à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/18-1/c_f.html.

^{xix} Rapport du Comité permanent des finances, *Le Canada, des gens, des lieux et des priorités*, novembre 2002.

Quelques vérités sur la santé des Canadiens et leur système de santé

Les ressources humaines du secteur de la santé et l'accès – grandes priorités des Canadiens

La signature récente du «Plan décennal pour consolider les soins de santé» a incité beaucoup de Canadiens à se demander comment se comparent les dépenses canadiennes pour la santé par rapport aux autres grands pays industrialisés, et aussi comment se comparent notre état de santé et le rendement de notre système de santé. Comment donc le Canada se compare-t-il aux autres pays?

Indicateurs des dépenses de santé

Dépenses pour les soins de santé : Les dépenses totales en soins de santé devraient avoir atteint 10 % du PIB au Canada en 2003. Compte tenu des statistiques les plus récentes (2001–2002) disponibles de l'OCDE sur les dépenses totales de santé, le Canada se situait au sixième rang parmi 30 pays industrialisés, derrière les États-Unis, la Suisse, l'Allemagne, l'Islande et la France. On estime que les augmentations prévues du financement fédéral annoncées dans l'Accord sur la santé de 2004 feront grimper de 0,2 % seulement le total des dépenses en soins de santé en pourcentage du PIB au cours des prochaines années.

Dépenses publiques et privées : Le Canada affiche toujours une des parts publiques du total des dépenses de santé les plus faibles pour se classer au 22^e rang sur 28 pays de l'OCDE. Les Canadiens viennent en outre au cinquième rang pour les dépenses privées (dépenses de santé payées directement par les particuliers) consacrées aux soins de santé sur 24 pays déclarants de l'OCDE. Seuls les résidents de la Suisse, des États-Unis, de l'Australie et de l'Islande avaient des dépenses directes plus élevées.

État de santé

Espérance de vie : Les hommes du Canada viennent au sixième rang pour l'espérance de vie (77,1 ans) chez les 30 pays de l'OCDE et les femmes, au huitième (82,2). La mauvaise nouvelle, c'est qu'une fois ces totaux corrigés en fonction de l'espérance de vie en bonne santé (EVBS) ou des années de qualité de vie, les hommes du Canada tombent au 18^e rang (68,2 ans) et les femmes, au 16^e (71,6 ans). *L'espérance de vie continue aussi de varier considérablement d'un bout à l'autre du Canada.* Les résidents du Nunavut nés aujourd'hui peuvent s'attendre à vivre environ 12 ans de moins que ceux de la Colombie-Britannique. Il y a aussi un écart de plus de deux ans au niveau de l'espérance de vie entre les résidents de la Colombie-Britannique (80,6) et ceux de Terre-Neuve-et-Labrador (78,3).

Mortalité infantile : En dépit d'améliorations importantes au cours des dernières décennies, le taux de mortalité infantile au Canada a en fait augmenté en 2002. On entend par mortalité infantile le nombre de décès survenus au cours de la première année de vie pour 1000 naissances vivantes. En 2002, le taux du Canada s'établissait à 5,4, en hausse par rapport à 5,2 en 2001. *Ce taux place le Canada au 22^e rang sur 28 pays de l'OCDE.*

Tabagisme : Le Canada affiche l'avant-dernier taux le plus bas chez les fumeurs quotidiens (18,2 %) parmi les pays de l'OCDE, derrière la Suède (17,8 %). Même si le nombre de fumeurs quotidiens a dégringolé depuis 1970 (40 %), il y a encore lieu de s'inquiéter. Le taux de tabagisme chez les jeunes filles de 15 à 19 ans s'établissait à 20 % en 2003, contre 17 % chez les jeunes hommes. Le taux de tabagisme chez les 20 à 24 ans demeure élevé à 30 %.

Obésité : L'obésité est reconnue comme une priorité pour la santé des Canadiens. Selon les statistiques de l'OCDE, les Canadiens déclarent des taux beaucoup plus élevés d'obésité (14,9 %) que les citoyens de la plupart des autres pays de l'OCDE (IMC >30 kg/m²). De plus, 47 % des Canadiens avaient un surplus de poids en 2000-2001, tandis que 56 % étaient physiquement inactifs.

Ressources humaines de la santé et accès — La grande priorité des Canadiens

Nombre de médecins : Au Canada, le nombre de médecins pour 1000 habitants s'établit à 2,1, ce qui nous place au 24^e rang sur 30 pays de l'OCDE et très au-dessous de la moyenne de l'OCDE, qui s'établit à 2,9. Le taux de spécialistes actifs au Canada pour 1000 habitants (1,1) place le pays au 21^e rang sur 25 pays déclarants de l'OCDE.

Accès aux médecins : En 2003, 3,6 millions de Canadiens, ou 14 %, ont déclaré ne pas avoir de médecin de famille. Près d'une personne sur six qui avait besoin de soins de routine a déclaré avoir de la difficulté à y avoir accès. L'accès aux services médicaux varie entre les provinces. Environ 5 % des habitants de la Nouvelle-Écosse n'ont pas cherché de médecin de famille ou ne peuvent en trouver, alors que ce taux dépasse 25 % au Québec.

Périodes d'attente : Selon une enquête récente de Statistique Canada, la proportion des patients qui ont jugé inacceptable leur temps d'attente s'établissait à 17 % dans le cas de la chirurgie non urgente, 21 % dans celui des examens de diagnostic et 29 % dans celui des consultations de spécialistes. Les variations interprovinciales sont importantes dans les trois domaines. Par exemple, 19 % des habitants de l'Î.-P.-É. ont déclaré avoir dû attendre indûment pour consulter un spécialiste comparativement à 34 % de ceux de Terre-Neuve-et-Labrador.

Accès aux technologies de pointe en santé : Les dernières statistiques de l'OCDE placent le Canada au

14^e rang sur 25 pays de l'OCDE pour le nombre d'appareils d'IRM par million d'habitants. En 2001, le Canada en comptait 4,2 comparativement à 8,2 aux États-Unis et 35,3 au Japon.

Santé publique

Immunisation : Le Canada est un des pays de premier plan en ce qui a trait à l'immunisation des personnes âgées contre la grippe et affiche un taux élevé d'immunisation contre la rougeole chez les enfants (94,5 %). Les statistiques sont toutefois médiocres (76,8 % des enfants) lorsqu'il est question du vaccin D.T.P. (contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche), ce qui place le Canada au 26^e rang sur 27 pays de l'OCDE.

Qualité de l'environnement — Le Canada doit améliorer considérablement son bilan

Qualité de l'air : Le Canada est le quatrième producteur en importance d'émissions de gaz carbonique par habitant et le deuxième pour ce qui est des émissions d'oxydes de soufre parmi les pays de l'OCDE.

Qualité de l'eau : Seulement 57 % de la population du Canada compte sur des systèmes de traitement secondaire ou avancé de l'eau, ce qui est inférieur à la moyenne de l'OCDE (60 %) et très en-deçà de celle de beaucoup d'autres pays comme la Suède (93 %) et l'Allemagne (89 %).

Sources

- Organisation pour la coopération et le développement économiques, *Eco-santé OCDE 2004*.
- Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : premier coup d'œil. *Le Quotidien*, 8 mai 2002.
- Statistique Canada, *Le Quotidien*, 27 sept. 2004.
- Claudia Sanmartin et al. *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2003*. Statistique Canada, 2004.

Plan de l'AMC sur les diplômés de facultés de médecine étrangères (DFME)

On pourrait en fait dire que la politique du Canada sur les effectifs de la santé est une politique «d'inféodation» à la fois au Canada – entre provinces et territoires – et sur la scène internationale. Pour ce qui est de la façon possible d'intégrer les DFME dans un tel plan, l'AMC recommande des stratégies à court, moyen et long termes.

Pour aller de l'avant avec un tel plan, une première étape cruciale consisterait à convoquer une table ronde semblable au récent groupe de travail sur les DFME qui s'attaquerait à l'éventail complet des enjeux de la population active et compterait des représentants des organisations médicales nationales et des gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral.

Dans l'immédiat

Les DFME peuvent actuellement avoir accès à une formation médicale postdoctorale en réussissant l'Examen d'évaluation du Conseil médical du Canada (EECMC) et en présentant ensuite leur candidature au deuxième cycle du jumelage annuel effectué par le Service canadien de jumelage des résidents (SCJR), ou à un des programmes spéciaux que certaines facultés de médecine du Canada offrent aux DFME.

Dans l'immédiat, l'AMC recommande que le gouvernement fédéral fournisse un financement suffisant pour offrir des postes de formation supplémentaires à un certain nombre des quelque 700 DFME et plus qui pourraient entreprendre sur-le-champ une formation postdoctorale en résidence. Un tel financement pourrait aussi permettre l'évaluation détaillée de DFME désignés dans plusieurs niveaux de compétence. L'AMC appuie aussi vivement l'initiative du Conseil médical du Canada (CMC) qui a lancé un projet pilote pour l'administration électronique à l'étranger de l'EECMC. Les 4 millions de dollars que le D^r Hedy Fry a annoncés le 1^{er} mars 2004 pour appuyer les recommandations du groupe de travail sont les bienvenus, mais il s'agit seulement d'un acompte sur l'investissement nécessaire.

À moyen terme

L'AMC et d'autres organisations médicales nationales croient que la taille du système de formation médicale postdoctorale constitue un goulot d'étranglement, à la fois pour les diplômés de facultés de médecine canadiennes et pour les DFME. Le nombre de postes de formation postdoctorale financés par les gouvernements provinciaux n'a pas changé depuis le début des années 90 et il suffit à peine pour accueillir la cohorte des nouveaux diplômés, ce qui ne laisse à peu près aucune place pour des DFME ou des médecins actifs qui veulent se recycler.

Au cours des dernières années, le nombre des DFME qui ont posé leur candidature au deuxième cycle du jumelage du Service canadien de jumelage des résidents a plus que doublé pour passer de 294 en 2000 aux 758 prévus, qui chercheront à s'arracher 177 postes au cours du deuxième cycle du jumelage, le 29 avril 2004. Parmi les 625 DFME qui ont participé au deuxième cycle du jumelage en 2003, un peu moins de 11 % seulement (67) ont obtenu un jumelage.

Plusieurs facultés de médecine offrent des programmes spéciaux à l'intention des DFME. Selon le Système informatisé sur les stagiaires post-MD en formation clinique, même si 67 DFME ont obtenu un jumelage pour la première année de formation postdoctorale (PGY-1) en 2003, on comptait au total 213 DFME en PGY-1 en novembre 2003.

L'AMC et d'autres organisations médicales nationales préconisent au moins 120 postes de formation postdoctorale au cours de la première année par tranche de 100 diplômés. Il sera crucial de donner suite à cette recommandation au cours des prochaines années lorsque les membres de la cohorte élargie du premier cycle (après 1999) obtiendront leur diplôme.

Sur un plan plus général, nous sommes d'avis que la planification de la capacité du système de formation postdoctorale doit tenir compte explicitement des éléments suivants :

- tous les nouveaux diplômés de facultés de médecine canadiennes qui sont résidents permanents (y compris des possibilités de changer de programme de formation);
- réintégration en formation postdoctorale de médecins actifs au Canada;
- DFME qui sont résidents permanents ou citoyens du Canada;
- DFME non résidents qui souhaitent suivre une formation postdoctorale au Canada comme étudiants à visa.

Il faudra accroître les efforts et les ressources pour recruter d'autres enseignants communautaires qui participeront à la formation médicale prédoctorale et postdoctorale et pour appuyer et garder ceux qui le font déjà. Le gouvernement devra en outre fournir du financement pour les coûts d'infrastructure des facultés de médecine afin de leur permettre de faire face à l'augmentation des cohortes en formation.

À long terme

Les Canadiens doivent être desservis par une norme uniforme de pratique médicale qui s'applique à la fois aux diplômés de facultés de médecine canadiennes et aux DFME. Cette norme nationale doit demeurer la pierre angulaire d'une vision et d'un plan à long terme sur les effectifs médicaux au Canada.

Pour tendre vers un tel plan, l'AMC est d'avis que le Canada devrait adopter une politique d'autosuffisance accrue dans la formation des médecins au Canada qui inclut les éléments suivants :

- possibilités accrues pour les Canadiens de faire des études en médecine au Canada;
- possibilités améliorées pour les médecins actifs de suivre une formation supplémentaire;
- stratégies de maintien des effectifs médicaux au Canada;
- possibilités accrues pour les DFME qui sont résidents permanents ou citoyens du Canada d'avoir accès à une formation postdoctorale qui débouche sur le permis d'exercice ou le certificat et la pratique de la médecine au Canada.

Diffusion initiale de données du Sondage national 2004 auprès des médecins

Un projet de collaboration du
Collège des médecins de famille du Canada,
de l'Association médicale canadienne et
du Collège royal des médecins et chirurgiens du
Canada

Octobre 2004



L'accès aux soins

Les résultats du Sondage national auprès des médecins (SNM) confirment que beaucoup de Canadiens ont difficilement accès autant aux médecins de famille qu'aux spécialistes et apportent un éclairage sur certaines des causes. Selon le sondage, plus de la moitié (60 %) de tous les médecins de famille limitent leur nombre de nouveaux patients ou ne reçoivent aucun nouveau patient. Cette observation ne se limite pas aux pratiques les mieux établies. Près de 50 % de tous les jeunes médecins de famille (les moins de 35 ans) déclarent que leur pratique est fermée, soit en partie, soit complètement, aux nouveaux patients. « C'est triste de constater que nous sommes arrivés au point où un si grand nombre de Canadiens ne peuvent se trouver un MF » écrit un médecin. « Je me sens coupable chaque fois que je refuse une nouvelle demande mais, pour ma propre santé, je réalise que je ne peux pas accepter de nouveaux patients. »

On retrouve des problèmes semblables lorsqu'il s'agit de référer les patients aux médecins spécialistes. Le tiers des spécialistes qui ont répondu au sondage ont indiqué être dans l'impossibilité de voir, avant au moins trois mois, les cas non urgents référés par les médecins de famille. Par contre, pour les cas urgents, la situation est un peu meilleure. Et même là, seulement 25 % des spécialistes ont déclaré être en mesure d'accepter une consultation urgente en moins de 24 heures et près du tiers (30 %) ont indiqué être dans l'impossibilité de répondre à une consultation urgente en moins d'une semaine.

Lorsque vient le temps de trouver un spécialiste pour voir leurs patients, les médecins de famille disent éprouver des difficultés particulières avec l'accès aux psychiatres et aux chirurgiens orthopédistes. Les médecins de famille ont qualifié de passable/faible l'accès à ces spécialités particulières dans 66 % et 48 % des cas, respectivement. Globalement, le tiers des médecins de famille disent que, de façon générale, l'accès aux médecins spécialistes est passable/faible pour accueillir les demandes de consultation. Un spécialiste a écrit : « Je suis incapable de voir régulièrement de nouveaux patients parce que ma liste d'attente dépasse trois ans. » Il est intéressant de constater que la situation inverse semble également vraie puisque près de la moitié des spécialistes (43 %) ont qualifié de passable/faible l'accès aux médecins de famille.

Lorsqu'on leur demande de qualifier le taux d'accessibilité à une sélection de services médicaux, plus de la moitié de tous les médecins répondants disent que l'accès à des services médicaux de pointe comme l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et aux lits de soins de longue durée est passable ou faible. Comparativement à leurs collègues spécialistes, les médecins de famille ont tendance à dire que leur accès aux services est moins bon. Par ailleurs, d'un côté positif, la vaste majorité des médecins répondants ont mentionné ne pas avoir de problèmes à obtenir un accès aux services d'urgence ou aux services diagnostiques de routine. Certains médecins se sont toutefois sentis obligés d'émettre des commentaires comme « le temps d'attente dans les salles d'urgence est ridicule et le personnel paramédical attend en ligne dans les corridors pour trouver une civière pour leurs patients ».

Lorsqu'on s'intéresse au type d'actes techniques médicaux effectués par les médecins de famille, on constate, comparativement au sondage réalisé en 2001, un déclin presque universel dans le nombre de médecins qui offrent ces services. Moins de médecins ont indiqué effectuer des actes techniques comme le test de Pap, les sutures des plaies et les audiométries. Il faudra pousser plus loin l'analyse des données pour déterminer dans

quelle mesure ce phénomène est lié à certains changements dans les modes de pratique des médecins de famille, p. ex. une emphase accrue dans certains domaines précis des soins. On ignore également dans quelle mesure ceux qui s'impliquent dans ces services en font un plus grand nombre – tendance observée dans d'autres études. L'un des domaines qui continue de préoccuper particulièrement est celui des soins de maternité et de périnatalité. Ce sondage confirme la tendance : le tiers (36 %) des médecins de famille ont indiqué que les soins de maternité et de périnatalité ne font plus partie de leur pratique.

Le sondage confirme une autre tendance qui pourrait avoir un impact sur l'accès futur aux services médicaux. Alors que 16 % des médecins répondants disent avoir réduit le nombre d'heures par semaine consacrées au travail au cours des deux dernières années et que 13 % indiquent avoir réduit l'étendue de leurs activités, 25 % d'entre eux disent avoir l'intention de réduire au cours des deux prochaines années le nombre d'heures hebdomadaires consacrées au travail. Cette réduction du nombre d'heures consacrées au travail a été identifiée par les répondants comme étant le changement le plus significatif dans leur pratique, autant depuis les deux dernières années que pour les deux prochaines années. Ajoutés aux changements démographiques où l'on verra un plus grand nombre de médecins prendre leur retraite et où les femmes médecins, qui ont tendance à travailler moins d'heures, constitueront un plus fort pourcentage de la population globale de médecins, ces observations mettent en lumière que la crise croissante pour avoir accès à un médecin n'est certainement pas une illusion.

Effectifs médicaux

Au Canada, on observe des changements dans le tableau démographique de la profession médicale. Depuis près de 10 ans, les femmes constituent plus de 50 % du contingent des étudiants en médecine (les chiffres les plus récents [2003-2004] des facultés de médecine canadiennes montrent que les femmes totalisent 58 % des admissions); on ne devrait donc pas se surprendre que le nombre de médecins de sexe féminin soit plus élevé maintenant qu'il ne l'a été dans le passé. Environ le tiers de tous les médecins (31 %) sont maintenant des femmes; dans le groupe des moins de 35 ans, les femmes médecins forment maintenant la majorité (52 %). Les femmes sont également plus susceptibles de choisir la médecine familiale que la médecine spécialisée. Dans le plus jeune groupe d'âges, deux tiers des femmes médecins exercent la médecine familiale alors que seulement le tiers oeuvrent dans les autres spécialités.

Comme nous l'avons déjà mentionné, cette tendance aura un impact considérable sur la planification visant à assurer dans le futur un nombre adéquat de médecins et un accès approprié aux services médicaux. Selon le sondage, bien que l'ensemble des médecins plus jeunes déclarent travailler moins d'heures par semaine que leurs collègues plus âgés, cette différence est principalement attribuable au plus fort pourcentage de femmes médecins âgées de moins de 45 ans. Le sondage révèle que les femmes médecins travaillent en moyenne sept heures de moins par semaine comparativement aux hommes, autant en médecine familiale qu'en spécialité. Cette différence est attribuable à un certain nombre de facteurs, par exemple les responsabilités additionnelles assumées par les jeunes femmes médecins qui doivent également prendre soin de leurs jeunes enfants. Une femme médecin, confrontée à la difficulté de remplacer une collègue qui s'apprête à prendre un congé de maternité, a écrit : « J'en suis venue à comprendre pourquoi un aussi grand nombre de nouveaux diplômés, particulièrement des femmes, n'acceptent pas de s'impliquer à temps complet pour exercer la médecine familiale pendant leurs années de

procréation. Je suis fermement convaincue qu'il faut solutionner ce problème – nous décourageons littéralement les jeunes femmes médecins à s'engager dans la profession pour laquelle elles ont été formées. » Une autre a écrit : « Malgré tous les efforts, trouver un équilibre entre une carrière enrichissante et une vie familiale pleinement satisfaisante continue d'être un objectif difficile à réaliser. »

Un autre facteur qui influence les effectifs médicaux au Canada est le nombre considérable de médecins qui planifient prendre leur retraite dans certaines spécialités. Le sondage indique que 6,3 % de tous les médecins répondants disent vouloir prendre leur retraite au cours des deux prochaines années; toutefois, ce taux est deux fois plus élevé chez les médecins exerçant la médecine interne (14 %). Pour l'ensemble des médecins, ceci se traduirait par un taux annuel de retraite de 3,1 %, taux considérablement plus élevé que le taux annuel moyen véritable de prise de retraite qui s'est établi entre 1 et 2 % par année au cours de la dernière décennie. Si on peut appliquer cette observation à l'ensemble des médecins canadiens, cela signifie que nous assisterions à près de 3 800 départs à la retraite au cours des deux prochaines années. On rapporte des taux aussi élevés pour les pathologistes, les chirurgiens généraux et les oto-rhino-laryngologistes où au moins un spécialiste sur 10 dit planifier prendre sa retraite au cours des deux prochaines années.

En termes d'heures travaillées, les médecins déclarent globalement travailler 51 heures par semaine en moyenne. Les spécialistes font plus d'heures (53 heures) que les médecins de famille (49 heures). Par ailleurs, en plus des heures régulières, la vaste majorité des médecins du Canada (71 %) consacrent du temps à la garde – c'est-à-dire à la disponibilité sur appel. De ceux qui déclarent avoir des responsabilités de garde, plus de la moitié disent être de garde jusqu'à 120 heures par mois; 12 % disent avoir été de garde plus de 240 heures par mois. De plus, nombreux sont les médecins qui disent avoir été de garde 24 heures par jour, sept jours par semaine. Pour beaucoup de médecins aujourd'hui, ces responsabilités de la garde constituent probablement la composante la plus stressante de la vie de médecin à cause des restrictions qu'elles imposent aux autres aspects de la vie.

Pour dresser un tableau global et sommaire de la profession médicale, les résultats du sondage démystifient le stéréotype du médecin individuel qui exerce en solo et qui est rémunéré à l'acte. La majorité des médecins de famille disent appartenir à un groupe de pratique (61 %), comparativement à 48 % des spécialistes. Seulement le quart des médecins de famille disent avoir une pratique solo. Indépendamment du contexte de pratique, il existe beaucoup de partage entre les médecins en termes de locaux, de personnel ou d'équipement. Même si 82 % des médecins disent que la rémunération à l'acte constitue une partie de leur revenu professionnel, un peu plus de la moitié des répondants disent recevoir 90 % ou plus de leur revenu professionnel à partir de la rémunération à l'acte. Il s'agit d'une baisse comparativement au milieu des années 1990 alors que les deux tiers des médecins disaient être rémunérés de cette façon. Il est également intéressant de constater que la rémunération à l'acte a cessé d'être le mode de rémunération préféré. Si on leur laissait le choix, seulement le quart des médecins de famille choisiraient ce mode de rémunération, alors qu'il est de 31 % chez les spécialistes.

Satisfaction professionnelle

Globalement, le niveau de satisfaction des médecins concernant l'équilibre de leur vie n'atteint pas celui de leur satisfaction dans leurs relations avec les patients. Alors que

les deux tiers disent que leur vie professionnelle actuelle est un peu ou très satisfaisante, seulement la moitié se disent satisfaits de l'équilibre entre leurs engagements personnels et professionnels.

Lorsqu'on leur demande d'identifier la composante la plus stressante de l'exercice de la médecine, les responsabilités entourant la garde reviennent le plus fréquemment. Suivent les préoccupations entourant la quantité de paperasse et de bureaucratie que comporte la médecine d'aujourd'hui, ainsi que les problèmes entourant les efforts déployés pour tenter d'avoir accès aux autres types de soins pour leurs patients.

Plus des trois quarts des répondants disent que ce sont la stimulation et les défis intellectuels de la médecine qui les ont incités à choisir la carrière actuelle. De même, pour la plupart des médecins, les soins aux malades sont très satisfaisants du point de professionnel. Malgré les inquiétudes exprimées sur la qualité actuelle du système de santé et sur les stress auxquels sont confrontés les médecins, 86 % disent être un peu ou très satisfaits de leurs relations avec les patients. Les commentaires d'un médecin de famille illustrent clairement ce sentiment : « Être un médecin de famille fut une expérience formidable. J'ai rencontré, soutenu et soigné tellement de personnes; je les ai vues grandir, fonder une famille, vieillir et mourir. Ce fut un privilège et un honneur d'être partie intégrante du voyage de la vie de ces nombreuses personnes. J'adore mon travail. J'aime l'enseigner aux autres. Parfois, je me sens dépassé par les demandes ou sous-évalué financièrement, et parfois débordé par l'administration des changements. Mais si j'avais à refaire ma vie, j'exercerais la médecine familiale... »

Méthodologie

Le sondage national auprès des médecins (SNM) est un projet mené en collaboration par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), l'Association médicale canadienne (AMC) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Le CMFC, l'AMC, le CRMCC, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Santé Canada ont contribué au soutien financier. Les questions utilisées dans le SNM 2004 proviennent de questions utilisées dans le sondage national du CMFC sur les effectifs en médecine familiale, le questionnaire sur les ressources médicales de l'AMC et le questionnaire du CRMCC sur les spécialistes. Un groupe de travail, composé de représentants du CMFC, de l'AMC, du CRMCC, d'autres sociétés affiliées et de l'ICIS, a élaboré les questions du SNM 2004.

On a utilisé deux versions du questionnaire : l'une pour les médecins de famille (MF) et les omnipraticiens, l'autre pour tous les autres spécialistes. Quatre-vingt-dix pour cent des questions étaient identiques pour les MF et les spécialistes; les principales différences touchaient les questions concernant le profil de pratique clinique. Les questions ont fait l'objet d'une étude pilote à l'automne 2003 auprès d'une variété de comités médicaux et de sociétés nationales de spécialistes; la version finale a été réalisée en décembre 2003. Le questionnaire final du SNM 2004 comportait 16 pages reliées sous forme de brochure. Le SNM a reçu l'approbation éthique du *Behavioural Ethics Review Board* de l'Université de la Colombie-Britannique.

Le sondage national 2004 auprès des médecins (SNM) s'est déroulé sous la forme d'un instrument d'autoévaluation personnelle envoyé à tous les médecins autorisés à exercer au Canada. La liste postale et la liste des adresses de courriel ont été produites à

partir du fichier maître de l'AMC. Ce fichier maître de l'AMC comprend tous les médecins du Canada qui détiennent un permis pour exercer la médecine; la compilation et la mise à jour sont quotidiennes grâce aux renseignements reçus des organismes provinciaux d'attribution des permis, des associations, des listes de membres du CMFC et du CRMCC, ainsi que des médecins sur une base individuelle. Pour 34,0 % de tous les médecins, on a vérifié les adresses de courriel. Ce dernier groupe a reçu par courriel les informations entourant le sondage, y compris les invitations à remplir le questionnaire en ligne. L'autre groupe (66,0 % des médecins) a reçu par la poste toutes les communications entourant le sondage. Au total, on a demandé à 61 751 médecins de toutes les provinces et territoires de répondre au SNM 2004, soit 31 965 MF et 29 786 spécialistes.

Le 30 juin 2004, les réponses de tous les questionnaires retournés furent transférées dans une base de données électronique. Le dossier créé par les médecins ayant rempli leur questionnaire en ligne et le dossier créé par les réponses reçues par écrit ont été fusionnés pour créer une base de données unique.

On a assigné des numéros d'identification uniques au projet du SNM afin d'assurer la confidentialité et l'anonymat des réponses des médecins, de procéder à un deuxième envoi de questionnaires aux médecins n'ayant pas encore répondu et d'appliquer les mêmes numéros aux futurs sondages du SNM pour une analyse longitudinale.

Des 61 751 médecins identifiés dans la liste postale/électronique originelle, 2 362 furent éliminés parce qu'ils étaient à la retraite, étaient des résidents ou travaillaient à l'étranger. Des autres 59 389 médecins, 21 296 ont répondu au sondage pour un taux global de réponses de 35,9 %.

Basée sur les résultats du SNMF 2004, la marge d'erreur des estimés au niveau national est de +/- 0,64 %, 19 fois sur 20.