

**Ordonnance pour la productivité :  
vers un système de santé plus efficient,  
équitable et efficace**

---

**Mémoire prébudgétaire de 2005 présenté  
par l'AMC au Comité permanent des finances**

Le 24 octobre 2005

Ruth L. Collins-Nakai, MD, MBA, FRCPC, FACC  
Présidente



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

«La santé est la première des richesses.»  
– Emerson

---

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

Au nom de ses 60 000 membres et plus, ainsi que de la population canadienne, l'AMC exerce toute une gamme de fonctions, notamment favoriser l'élaboration de politiques et de stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des 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 représentant la majorité des médecins du Canada et regroupant 12 divisions provinciales et territoriales, ainsi que 44 organisations médicales

ASSOCIATION  
MÉDICALE  
CANADIENNE



CANADIAN  
MEDICAL  
ASSOCIATION

---

## Table des matières

<b>Sommaire</b> .....	<b>i</b>
Meilleure santé... meilleur Canada .....	i
Le plan de productivité en 10 points proposé par l'AMC (et coûts estimatifs).....	v
<b>La santé est la première richesse</b> .....	<b>1</b>
<b>I. Efficience – Fournir les outils pour améliorer les soins aux patients et la productivité</b> .....	<b>1</b>
(i) Maximiser notre capital humain actuel – offrir plus de possibilités de formation aux diplômés de facultés de médecine étrangères.....	3
(ii) Rapatrier notre capital humain – ramener nos médecins canadiens des États-Unis .....	4
(iii) Diligence en RHS .....	4
(iv) Création d'un Office canadien de coordination des ressources humaines du secteur de la santé .....	5
<b>II. Équité – Améliorer l'infrastructure et les technologies de la santé afin de dispenser de meilleurs soins</b> .....	<b>6</b>
(v) Libérer le capital entrepreneurial et conserver les médecins.....	6
(vi) Le dossier médical électronique – améliorer la santé et accroître la productivité.....	7
(vii) Alléger l'endettement des résidents en médecine.....	9
(viii) Pour que les investissements dans la recherche médicale comptent – appuyer le transfert du savoir .....	11
<b>III. Efficacité – Mieux vaut prévenir que guérir</b> .....	<b>12</b>
(ix) Protéger nos investissements en infrastructure grâce aux mesures d'urgence .....	12
(x) Il est crucial d'investir dans des communications efficaces en santé publique .....	14
<b>Conclusion – L'impact économique des investissements dans les soins de santé</b> .....	<b>15</b>
Annexe 1. Plan de productivité en 10 points de l'AMC (et coûts estimatifs).....	16
Annexe 2. Plan de 10 ans pour l'informatisation des cabinets de médecins.....	17
<b>Références</b> .....	<b>18</b>

## SOMMAIRE

### Introduction :

Dans ce mémoire prébudgétaire, nous faisons valoir que des Canadiens en meilleure santé sont plus productifs. Nous reconnaissons aussi que la prestation en temps opportun de soins de santé de qualité est primordiale à tout programme de productivité et que les deux ne sont pas mutuellement exclusifs. Comme l'a déjà dit Emerson, «la santé est la première des richesses<sup>1</sup>». L'automne dernier, les premiers ministres l'ont reconnu en adoptant un plan qui, au cours des 10 prochaines années, injectera 41 milliards de dollars fédéraux de plus dans le système de santé. L'AMC félicite le gouvernement d'avoir été le fer de lance de cette renaissance du financement fédéral consacré aux soins de santé. Comme le corps humain en évolution constante, il faut toutefois surveiller et former constamment le système de santé pour en optimiser le rendement. Les conséquences des investissements insuffisants du passé dans les soins de santé reviennent nous hanter aujourd'hui.

### *Meilleure santé... meilleur Canada*

Le Canada, qui a déjà été l'endroit le plus attrayant où vivre sur Terre, prend du retard. Selon le Conference Board du Canada, le rendement global de l'économie du Canada est tombé du 3<sup>e</sup> rang parmi les meilleurs au monde au 6<sup>e</sup>, et maintenant au 12<sup>e</sup>. L'affaiblissement de notre système de santé est une des causes de cette dégringolade – selon l'analyse du Conference Board. Nos taux de mortalité infantile, par exemple, sont à la hausse au lieu de diminuer en chiffres relatifs et absolus. Nous avons dégringolé de la place que nous occupions parmi les cinq premiers au cours des années 1980 – jusque là où nous en sommes rendus aujourd'hui, soit au 22<sup>e</sup> rang sur 27 pays de l'OCDE. Voilà pourquoi l'économie du Canada a besoin maintenant plus que jamais que le fédéral effectue des investissements stratégiques directs dans les soins de santé comme élément d'un programme global d'amélioration de la productivité. L'AMC n'est pas seule à relier les investissements dans les soins de santé à une meilleure performance économique.

Selon les recherches les plus récentes en économie, «de solides données empiriques indiquent maintenant l'existence d'un lien bidirectionnel : l'amélioration de l'état de santé accroît considérablement la productivité et la croissance de l'économie<sup>2</sup>. Selon des recherches effectuées par Chatham House : «...une

meilleure santé appuie la productivité de la main-d'œuvre; en augmentant l'espérance de vie, elle encourage l'épargne et l'investissement privé. ...les dépenses de la santé sont un investissement et non un coût. Il est crucial que les gouvernements adoptent une perspective à long terme.»

«Une meilleure santé appuie la productivité de la main-d'œuvre; en augmentant l'espérance de vie, elle encourage l'épargne et l'investissement privé. ...les dépenses de la santé sont un investissement et non un coût. Il est crucial que les gouvernements adoptent une perspective à long terme.»

– The Royal Institute of International Affairs  
Juillet 2005

Le secteur de la santé emploie plus d'un million de personnes au Canada, soit 7,5 % de la main-d'œuvre. En 2004, le Canada a injecté 130 milliards de dollars dans les soins de santé, soit 10 % de notre PIB. L'amélioration de la qualité de vie de tous les Canadiens n'est pas la seule retombée des investissements dans les soins de santé. On estime que pour l'économie, l'investissement initial a un effet d'entraînement qui représente 65 milliards de dollars de plus en activité économique<sup>3</sup>.

Le secteur de la santé emploie plus d'un million de personnes. En 2004, les investissements de 130 milliards de dollars dans les soins de santé ont produit des milliards de dollars en recettes finales et généré 65 milliards de dollars de plus en activité économique.

L'AMC a défini de nombreux enjeux clés qui ont trait aux ressources humaines et à l'infrastructure de la santé et auxquels il faut accorder une attention immédiate si l'on veut que l'économie canadienne garde sa position concurrentielle dans l'économie mondiale. Nous ferons valoir l'argument selon lequel en effectuant des investissements stratégiques directs dans les ressources humaines de la santé et la santé publique, le gouvernement fédéral peut faire un grand pas en avant en renforçant une assise cruciale pour une économie canadienne plus productive et en meilleure santé. Ces initiatives comprennent des investissements soutenus à long terme dans le capital matériel, humain et entrepreneurial qui produiront des dividendes sous forme d'une amélioration de la santé de la population.

La concurrence qui cherche à s'arracher des travailleurs de la santé de calibre mondial se globalise et deviendra plus acharnée. Si le Canada ne peut fournir une formation, des outils et des conditions de travail excellents, la demande internationale menace de miner les assises mêmes de notre système. Par exemple, si le Canada décidait de plafonner la semaine de travail des médecins à 48 heures comme l'a fait l'Union européenne, il lui manquerait un total effarant de 12 780 médecins. Sans compter la demande internationale de professionnels de la médecine de calibre mondial, le bassin de ces professionnels vieillit, particulièrement au Canada. On s'attend à ce qu'il manque 200 000 médecins aux États-Unis en 2020. Les États-Unis se sont déjà tournés vers le Canada pour combler cette lacune et ils pourraient le faire de nouveau. Voilà pourquoi le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de premier plan en appuyant les ressources humaines du secteur de la santé (RHS) tout en soutenant les industries canadiennes des soins de santé.

Lorsqu'on harmonise les investissements dans la santé avec la technologie au bon moment, ils peuvent, comme l'indique le président de la Réserve fédérale Allan Greenspan, «produire des renseignements clés sur les pratiques cliniques exemplaires et réduire considérablement les frais d'administration.»

*«...Ces efforts [en TI], appuyés et favorisés, pourraient produire des renseignements clés sur les pratiques cliniques exemplaires et réduire considérablement les frais d'administration.»*  
Allan Greenspan, président de la Réserve fédérale américaine. Témoignage devant le Comité du budget de la Chambre des États-Unis, le 12 mars 2005.

Le dossier médical électronique (DME) représente un des investissements clés à faire dans l'infrastructure de la santé. Le Canada a depuis trop longtemps du retard sur tous les principaux pays industrialisés en ce qui concerne l'adoption du DME. Un DME pancanadien permettrait de dispenser plus rapidement des soins de plus grande qualité et d'une plus grande valeur. Un DME permettrait aussi au système de santé du Canada d'augmenter de façon spectaculaire les communications entre les administrations.

La communication et la coordination des ressources jouent un rôle clé face à des catastrophes naturelles comme l'ouragan Katrina qui a dévasté la Nouvelle-Orléans. Nous avons besoin de ces investissements plus tôt et non plus tard afin d'éviter les erreurs (comme dans le cas du SRAS, par exemple), comme on l'a signalé dans le *Rapport Naylor*<sup>4</sup>.

Un des aspects clés où le gouvernement fédéral peut faire une différence consiste à créer un réseau de communications protégé qui relie les autorités de la santé publique et les prestataires de soins de santé d'un bout à l'autre du Canada. Ainsi que l'affirme le D<sup>r</sup> Klaus Stöhr, directeur du Projet sur les pandémies mondiales de l'Organisation mondiale de la santé, «une fois un virus pandémique émergé, il est trop tard pour commencer à planifier ou à collaborer»<sup>5</sup>. Malgré la menace imminente d'une pandémie de grippe, l'examen des programmes en cours prévoit réduire de 34,3 millions de dollars au cours des deux prochaines années le budget de l'Agence de santé publique du Canada. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la Nouvelle-Orléans pour voir ce qu'un système fédéral mal financé de préparation aux situations d'urgence peut produire. Le nombre de victimes à la Nouvelle-Orléans a été tragique et aurait été évitable, comme beaucoup l'ont admis. Le Canada a connu l'épidémie de SRAS, qu'il a réussi à écraser et qui lui a beaucoup appris au sujet de nos capacités, mais nous n'avons toujours pas atteint notre plein potentiel sur le plan d'une meilleure préparation. «En cas de pandémie, les conséquences économiques seraient graves et toucheraient à peu près tous les secteurs et toutes les régions», affirme le D<sup>r</sup> Sherry Cooper, économiste en chef chez BMO Nesbitt Burns. Elle ajoute : «La prise de conscience est la clé de la préparation, et une surveillance, une planification et une préparation adéquates sont essentielles pour réagir efficacement et contenir le fléau.»<sup>6</sup>

Depuis plusieurs années, l'AMC soulève de sérieuses préoccupations au sujet de la capacité du système de santé publique du Canada de fonctionner efficacement au jour le jour, encore moins de faire face à des catastrophes, et elle a formulé de nombreuses recommandations au sujet de la préparation nationale et de la capacité de pointe sur les plans de la sécurité, de la santé et de la capacité du système. L'AMC est convaincue qu'il persiste d'importantes lacunes dans notre capacité de répondre aux urgences en soins de santé. Au moment où nous nous tournons vers l'avenir, il est crucial que le gouvernement fédéral prenne un engagement plus ferme à l'égard de la santé publique. Les programmes de santé publique sont trop importants pour qu'on les sacrifie sur l'autel des exercices d'examen à court terme des dépenses.

L'application continue de la TPS à la pratique des médecins constitue une taxe injuste sur la santé. Étant donné que les médecins ne peuvent récupérer la TPS payée sur les biens et services achetés pour leur pratique comme d'autres entreprises peuvent le faire, la TPS déforme l'affectation des ressources consacrées à la prestation des soins médicaux. Il s'ensuit que les médecins finissent par investir moins qu'ils pourraient autrement le faire dans des biens et services susceptibles d'améliorer les soins dispensés aux patients et de hausser la productivité des soins de santé, par exemple les systèmes de gestion de l'information et de technologie de l'information. En ramenant à zéro la TPS sur la pratique des médecins, on supprimerait une taxe injuste sur la santé et leur permettrait d'investir davantage dans des technologies qui amélioreraient les soins.

**Résumé**

Dans son mémoire prébudgétaire, l'AMC a présenté les faits sur la façon dont des investissements dans le capital matériel, humain et entrepreneurial peuvent améliorer notre système de soins de santé et rendre en retour l'économie plus productive. À mesure que les efficacités du système de santé s'amélioreront, non seulement il en résultera des retombées positives pour les travailleurs de la santé, mais aussi de meilleurs soins seront dispensés aux patients et l'amélioration de la santé de la population en sera le dividende ultime. Les améliorations de la qualité des soins, et en particulier leur rapidité, permettent à la population active canadienne de hausser son rendement et de réaliser son plein potentiel. Les investissements dans les soins de santé rendent en fin de compte l'économie plus robuste, plus concurrentielle et plus productive.

## *Le plan de productivité en 10 points proposé par l'AMC (et coûts estimatifs)*

### **Efficiences**

**Recommandation 1 :** Que Santé Canada, en collaboration avec Citoyenneté et Immigration Canada, les gouvernements des provinces et des territoires et les facultés de médecine du Canada, fournisse du financement pour 600 places de formation postdoctorales afin de permettre aux diplômés de facultés de médecine étrangères qui sont qualifiés et citoyens canadiens ou immigrants reçus de terminer les exigences de la formation en médecine. Coût : 45 millions de dollars par année pendant trois ans. [600 \* 75 k\$ (coût annuel approximatif de la formation par résident)]

**Recommandation 2 :** Que Santé Canada, en collaboration avec Affaires extérieures Canada et les gouvernements des provinces et des territoires, lance une campagne publicitaire directe aux États-Unis afin d'encourager les médecins canadiens expatriés et d'autres professionnels de la santé à revenir au Canada. Coût : Investissement ponctuel de 10 millions de dollars.

**Recommandation 3 :** Que le ministre des Finances, en collaboration avec le ministre de la Santé, attribue 1 milliard de dollars sur cinq ans à un Fonds de réinvestissement dans les ressources humaines du secteur de la santé. Ce fonds servira à mettre en œuvre un plan pancanadien intégré de ressources humaines pour le secteur de la santé, fondé sur les besoins et appuyé sur le principe de l'autosuffisance du Canada. Coût : 1 milliard de dollars sur cinq ans.

**Recommandation 4 :** Que Santé Canada, en collaboration avec Ressources humaines et développement des compétences Canada et les gouvernements des provinces et des territoires, crée l'Office canadien de coordination des ressources humaines du secteur de la santé afin de faciliter la planification des besoins en ressources humaines de la santé. Coût : 3 millions de dollars par année.

### **Équité**

**Recommandation 5 :** Que le ministère des Finances présente un projet de loi visant à modifier la Loi fédérale sur la taxe d'accise afin de ramener à zéro la taxe sur les produits et services (TPS) qui frappe la pratique des médecins. Coût : 84 millions de dollars par année, ou 0,27 % du total des revenus de 31,5 milliards de dollars tirés de la TPS en 2005–2006.

**Recommandation 6 :** Que le ministre des Finances, en collaboration avec le ministre de la Santé, accorde un soutien financier additionnel à l'Inforoute Santé du Canada afin de réaliser la vision que constitue un dossier médical électronique pancanadien interexploitable et protégé et qu'il prévoit un investissement ciblé dans l'automatisation des bureaux des médecins. Coût : 1,5 milliard de dollars en 10 ans.

**Recommandation 7 :** Que Ressources humaines et développement des compétences Canada apportent des modifications au Programme canadien de prêts aux étudiants pour prolonger la période d'exonération d'intérêt sur les prêts canadiens aux étudiants pour les médecins résidents qui suivent une formation postdoctorale. Coût : 5 millions de dollars par année.

**Recommandation 8 :** Que le ministre des Finances, en collaboration avec le ministre de la Santé, augmente le budget de référence des Instituts de recherche en santé du Canada afin d'améliorer les efforts de recherche sur la santé publique et la santé des populations et d'accélérer considérablement l'application des connaissances. Coût : 600 millions de dollars en trois ans.



## **Efficacité**

**Recommandation 9** : Afin d'assurer une préparation adéquate aux urgences et une capacité suffisante en santé publique à l'échelle aussi bien fédérale que provinciale, que le gouvernement fédéral fournisse un financement supplémentaire à l'Agence de santé publique du Canada et l'exempte de contribuer à l'examen des dépenses. Coût : 684,3 millions de dollars sur trois ans (voir les détails à l'Annexe 1).

**Recommandation 10** : Que Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada fournissent une injection ponctuelle de 100 millions de dollars afin d'améliorer la capacité technique de communiquer avec les prestataires de soins de santé publique des premières lignes en temps réel pendant les périodes d'urgence en santé. Coût : 100 millions de dollars, ponctuel.



## La santé est la première des richesses

Le Canada, qui a déjà été l'endroit le plus attrayant où vivre sur Terre, prend du retard. Selon le Conference Board du Canada, le rendement global de l'économie du Canada est tombé du 3<sup>e</sup> rang parmi les meilleurs au monde au 6<sup>e</sup>, et maintenant au 12<sup>e</sup>. L'affaiblissement de notre système de santé est une des causes de cette dégringolade, selon l'analyse du Conference Board. Nos taux de mortalité infantile, par exemple, sont à la hausse au lieu de diminuer en chiffres relatifs et absolus. Nous avons dégringolé de la place que nous occupions parmi les cinq premiers au cours des années 1980 – jusque là où nous sommes tombés aujourd'hui, soit au 22<sup>e</sup> rang sur 27 pays de l'OCDE. Voilà pourquoi l'économie du Canada a besoin maintenant plus que jamais que le fédéral effectue des investissements stratégiques directs dans les soins de santé comme élément d'un programme global d'amélioration de la productivité.

Selon les recherches les plus récentes sur l'économie, «de solides données empiriques indiquent maintenant l'existence d'un lien bidirectionnel : l'amélioration de l'état de santé augmente considérablement la productivité et la croissance de l'économie<sup>7</sup>. Le secteur de la santé emploie plus d'un million de personnes au Canada, soit 7,5 % de la main-d'œuvre. En 2004, le Canada a injecté 130 milliards de dollars dans les soins de santé, soit 10 % de notre PIB. L'amélioration de la qualité de vie de tous les Canadiens n'est pas la seule retombée des investissements dans les soins de santé. On estime que pour l'économie, l'investissement initial a un effet d'entraînement qui représente 65 milliards de dollars de plus en activité économique<sup>8</sup>.

Le secteur de la santé au Canada emploie plus d'un million de personnes. En 2004, les investissements de 130 milliards de dollars dans les soins de santé ont généré des milliards de dollars en revenus d'impôt et 65 milliards de dollars de plus en activité économique.

## I. Efficience – fournir des outils pour améliorer les soins aux patients et la productivité

Des effectifs en bonne santé et productifs dans le secteur de la santé jouent un rôle clé dans le bon rendement du système et constituent l'assise d'une population active productive. Voilà l'idéal. Le Canada est toutefois aux prises avec une pénurie de médecins qui exerce énormément de pressions sur le système de santé. À mesure que la demande de soins de santé augmente, et comme l'offre de travailleurs de la santé est fixe, les pressions qui poussent ces travailleurs à faire «plus avec moins» sont énormes. Voilà pourquoi les médecins du Canada ont besoin de l'appui du gouvernement fédéral pour disposer du temps et des outils dont ils ont besoin pour exploiter leur productivité.

«À mon avis, il est clair que pour apporter des solutions que les Canadiens approuvent, nos médecins... doivent être des partenaires actifs et appréciés. Pour notre part, je tiens à ce que vous le sachiez, nous considérons les médecins comme des centres de valeur ajoutée et non pas comme des centres de coûts.»

Le ministre de la Santé, Ujjal Dosanjh,  
le 15 août 2005

### Investir dans le capital humain que sont les médecins (centres de valeur)

Le ministre fédéral de la Santé Ujjal Dosanjh a reconnu la valeur des médecins dans le discours qu'il a prononcé devant le Conseil général de l'Association médicale canadienne en août 2005, lorsqu'il a affirmé : «Je tiens à ce que vous sachiez que nous considérons les médecins comme des centres de valeur ajoutée... et non pas comme des centres de coûts.» C'est dans cet esprit que nous exhortons le gouvernement à investir dans les ressources humaines de la santé (RHS).

Pour que l'accord des premiers ministres réussisse à améliorer l'accès aux soins, les gouvernements doivent accorder une grande priorité à la main-d'œuvre du secteur de la santé. Il faudrait plus particulièrement que le milliard de dollars de financement prévu pour les RHS dans le Fonds de réduction des temps d'attente soit disponible sur-le-champ pour que l'on puisse s'attaquer à la crise des ressources humaines de la santé plutôt qu'au cours des quatre dernières années de l'Accord de 10 ans, comme c'est prévu actuellement. Compte tenu des pénuries actuelles de ressources humaines dans le secteur de la santé, il faut commencer à agir dès maintenant sur les RHS – et non en 2010. L'investissement dans les médecins ou, comme le ministre Dosanjh l'a affirmé éloquemment, «les centres de valeur», produira de réels dividendes pour les Canadiens et pour le système de santé.

C'est pourquoi l'AMC demande au gouvernement fédéral de jouer un rôle clé dans l'amélioration de la disponibilité des ressources humaines du secteur de la santé en élaborant une stratégie pancanadienne sur les RHS qui prévoira la participation des prestataires de soins de santé<sup>9</sup>. Comme l'a reconnu le ministre Dosanjh : «À mon avis, il est clair que pour apporter des solutions que les Canadiens approuvent, nos médecins doivent être des partenaires actifs et précieux.»

### **Le coût d'un investissement insuffisant dans les ressources humaines du secteur de la santé**

Les pressions qui s'exercent sur le capital humain dans le secteur de la santé sont claires. Depuis la réduction du nombre des admissions dans les facultés de médecine imposée au début des années 90, l'écart entre la demande croissante de soins médicaux et l'offre de médecins s'est creusé. Le ratio de 2,1 médecins pour 1000 habitants du Canada demeure un des plus faibles parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et inférieur à la moyenne de l'OCDE, qui s'établit à 2,9. Le ratio place le Canada au 24<sup>e</sup> rang sur 30 pays de l'OCDE. La pénurie s'accroît en outre, à mesure que de plus en plus de médecins arrivent à l'âge de la retraite. Pour les patients – et leurs employeurs – le coût se manifeste sous forme de temps d'attente et d'une difficulté croissante à avoir accès aux soins primaires. En dépit de ces pressions, le Canada ne forme toujours pas suffisamment de médecins pour remplacer ceux qui sont sur le point de prendre leur retraite. Le statu quo menace le capital du secteur de la santé, la population active en général et même le monde.

Le ratio de 2,1 médecins pour 1000 habitants au Canada demeure l'un des plus faibles parmi les pays de l'OCDE et est inférieur à la moyenne de l'OCDE, qui s'établit à 2,9. OCDE 2005.
---

*«Face à une pénurie mondiale de travailleurs de la santé ... un pays où 24 % des médecins actifs ont reçu leur formation à l'étranger peut-il continuer de compter sur des médecins provenant de pays qui ont le moins les moyens de les perdre?»*

– D<sup>f</sup> Peter Barrett, président sortant de l'AMC, assemblée annuelle d'août 2005 de l'AMC.

### **Dividendes sociaux et économiques des investissements dans les RHS**

L'AMC est d'avis que le Canada devrait viser, à long terme, à augmenter le nombre des inscriptions dans les disciplines de la santé afin d'accroître son autosuffisance. Le dividende qu'entraîne l'investissement dans les RHS se traduit par des effectifs de la santé meilleurs et plus efficaces qui dispenseront des soins de plus grande qualité en temps opportun. Un système de santé publique bien financé rend tous les Canadiens en meilleure santé et plus productifs dans leurs rôles économique et social. L'autosuffisance sur le plan des RHS pourrait aussi permettre éventuellement d'exporter des biens et services canadiens du secteur de la santé.

Outre le renouvellement du bassin de RHS pour l'avenir, il faut aussi s'occuper du bassin actuel des médecins. Le problème de la rétention, qui consiste à garder les médecins intéressés à travailler, est particulièrement important maintenant, étant donné que les médecins sont sur le point de prendre leur retraite en nombre record.

**(i) Maximiser notre capital humain actuel dans le secteur de la santé – offrir plus de possibilités de formation aux diplômés de facultés de médecine étrangères.**

Comme on l'a signalé plus tôt, le Canada vient au bas de l'échelle des pays de l'OCDE pour le nombre de médecins par habitant. Aussi frappant cet indicateur soit-il, la décision que la Cour suprême a rendue récemment dans l'affaire Zeliotis rappelle de façon poignante le déséquilibre qui règne dans le système entre l'offre (RHS) et la demande. Il nous faut plus de travailleurs de la santé pour protéger les investissements dans le capital humain du secteur de la santé que le Canada a déjà faits, ou leur éviter l'épuisement. Nous devons aussi assurer que la population active du Canada – notre capital humain macroéconomique – a accès à des soins de santé de qualité sans attente excessive.

Comme il faut de sept à 10 ans pour former un nouveau médecin, il y a des limites à ce qu'il est possible de faire à court terme pour s'attaquer aux pénuries. Une réponse à court terme consisterait à faciliter la formation de diplômés de facultés de médecine étrangères (DFME) qualifiés qui sont déjà au Canada.

L'AMC s'est réjoui de l'investissement récent de 75 millions de dollars que le gouvernement fédéral a annoncé dans le budget de 2005 pour intégrer les travailleurs de la santé formés à l'étranger et signale que le financement fédéral a déjà produit des résultats concrets, car des facultés de médecine ont augmenté le nombre de postes de formation postdoctorale accessibles aux DFME. Il faut toutefois tenir compte d'une autre dimension : celle de la capacité de formation clinique des facultés de médecine du Canada. Ainsi, ce premier investissement ne suffit pas pour offrir des possibilités de formation à plus de 600 DFME et à d'innombrables autres travailleurs de la santé qualifiés formés à l'étranger qui se trouvent déjà au Canada.

C'est pourquoi l'AMC recommande que le gouvernement fédéral accorde suffisamment de financement pour fournir d'autres places de formation afin de former le bassin actuel de DFME qui pourraient entreprendre sur-le-champ une résidence postdoctorale. Les facultés de médecine canadiennes ont la capacité de former ces citoyens canadiens ou immigrants reçus. Elles offrent actuellement des possibilités de formation postdoctorale à presque 900 stagiaires à visa de l'étranger, qui proviennent principalement des pays du Golfe persique. Le gouvernement fédéral devrait aider à redéployer une partie de cette capacité en offrant aux facultés de médecine, pendant une période limitée, d'acheter une partie de ces places de stagiaires à visa pour donner de la formation à des DFME que l'on pourra ensuite déployer dans le système de santé du Canada. Ce financement pourrait aussi prévoir les évaluations détaillées des DFME mises au point dans plusieurs administrations.

L'AMC appuie en outre vivement l'initiative que le Conseil médical du Canada (CMC) a prise de lancer un projet pilote pour l'administration électronique à l'étranger des examens d'évaluation du CMC.

**Recommandation 1 :** Que Santé Canada, en collaboration avec Citoyenneté et Immigration Canada, les gouvernements des provinces et des territoires et les facultés de médecine du Canada, fournisse du financement pour 600 places de formation postdoctorales afin de permettre aux diplômés de facultés de médecine étrangères qui sont qualifiés et citoyens canadiens ou immigrants reçus de terminer les exigences de la formation en médecine. Coût : 45 millions de dollars par année pendant trois ans. [600 \* 75 k\$ (coût annuel approximatif de la formation par résident)]

**(ii) Rapatrifier notre capital humain – ramener nos médecins canadiens des États-Unis**

Le Canada exporte des médecins aux États-Unis depuis une génération. Pendant que le financement public consacré aux soins de santé tombait au cours des années 90, les exportations de médecins canadiens aux États-Unis augmentaient. L'année dernière a été la première au cours de laquelle le Canada a gagné plus de médecins qu'il en a perdus aux États-Unis. Une occasion s'offre à nous de rapatrier les médecins canadiens des États-Unis. La qualité de vie au Canada, la rémunération concurrentielle et un engagement caractérisé par une plus grande autonomie des médecins dans leur pratique sont au nombre des principaux pôles d'attraction d'une telle campagne. Comme le dollar canadien approche des 0,90 \$ (USD), la publicité aux États-Unis est aussi devenue beaucoup plus abordable.

**Recommandation 2 :** Que Santé Canada, en collaboration avec Affaires extérieures Canada et les gouvernements des provinces et des territoires, lance une campagne publicitaire directe aux États-Unis afin d'encourager les médecins canadiens expatriés et d'autres professionnels de la santé à revenir au Canada. Coût : Investissement ponctuel de 10 millions de dollars.

**(iii) Diligence en RHS**

La demande en soins de santé augmente à mesure que la population du Canada vieillit et que les technologies des soins de santé s'améliorent. Sur le plan économique, les soins de santé sont un bien supérieur : à mesure que le niveau de vie de la population s'améliore, la demande de biens supérieurs suit.

Répondra-t-on toutefois à cette demande accrue par une offre suffisante de médecins pour dispenser en temps opportun les soins dont les Canadiens ont besoin? C'est peu probable, mais nous n'en sommes pas sûrs parce que le Canada n'a pas actuellement de moyen d'évaluer la capacité de ses facultés de médecine de répondre à ces futurs besoins d'un bout à l'autre du Canada.

Une offre insuffisante de médecins a d'importantes répercussions sur le capital humain, matériel et entrepreneurial de l'économie du Canada. Si l'offre des médecins n'est pas bien harmonisée avec les besoins démographiques de la population, il en découle une perte (les calculs varient selon la personne) de capital humain possible, car des patients reportent des traitements ou attendent trop longtemps pour se faire traiter. Les investissements futurs dans le capital matériel pourraient aussi être mal affectés ou ne pas être effectués du tout si le secteur de la santé ne dispose pas des ressources humaines nécessaires. Il se peut en outre très bien que ce soient les endroits où le capital humain du secteur de la santé est optimal qui attirent le capital entrepreneurial.

## **Pourquoi nous avons besoin d'un Fonds de réinvestissement dans les ressources humaines de la santé**

Le Canada tire de l'arrière sur d'autres pays sur le plan de l'éducation et de la formation des médecins. En 2002-2003, par exemple, l'Angleterre comptait 12,2 places en première année de médecine pour 100 000 habitants comparativement à 6,5 seulement au Canada. Il faut ajouter que le R.-U. a lancé une campagne dynamique d'augmentation du nombre des inscriptions dans les facultés de médecine depuis la fin des années 90 en ouvrant quatre nouvelles facultés de médecine et haussant de quelque 2300 places (60 %) le total des admissions en faculté de médecine entre 1997 et 2004.

L'AMC et d'autres organisations médicales nationales de premier plan ont demandé aux gouvernements de porter la capacité des facultés de médecine à 3000 places en première année par année afin de stabiliser l'offre des médecins au Canada. À la suite d'augmentations récentes du nombre de places dans certaines facultés de médecine, tout indique actuellement que le total atteint quelque 2300 par année. Compte tenu toutefois de la demande croissante de services de santé et de l'évolution des tendances de la pratique médicale, il est probable qu'il faudra augmenter encore beaucoup plus la capacité des facultés de médecine. Si le Canada décidait aujourd'hui, par exemple, de plafonner la semaine de travail des médecins à 48 heures comme l'Union européenne l'a fait, il lui manquerait un total effarant de 12 780 médecins.

C'est pourquoi l'AMC exhorte le gouvernement fédéral à créer, comme il l'a fait au cours des années 1960 lorsqu'il a créé le Fonds des ressources en santé, un Fonds de réinvestissement dans les ressources humaines de la santé, afin de mettre en œuvre un plan de ressources humaines intégré et pancanadien, fondé sur les besoins et sur le principe de l'autosuffisance du Canada

**Recommandation 3 :** Que le ministre des Finances, en collaboration avec le ministre de la Santé, attribue 1 milliard de dollars sur cinq ans à un Fonds de réinvestissement dans les ressources humaines du secteur de la santé. Ce fonds servira à mettre en œuvre un plan pancanadien intégré de ressources humaines pour le secteur de la santé, fondé sur les besoins et appuyé sur le principe de l'autosuffisance du Canada. Coût : 1 milliard de dollars sur cinq ans.

### **(iv) Création d'un Office canadien de coordination des ressources humaines du secteur de la santé**

Sur le plan plus général, il faut aussi continuer de coordonner les besoins pancanadiens d'aujourd'hui et de demain en RHS. Les gouvernements investissent des sommes énormes dans les soins de santé sans pouvoir tirer parti d'une stratégie nationale à long terme de gestion des ressources humaines du secteur de la santé. Comme celles-ci sont de plus en plus mobiles dans l'économie mondiale, il est essentiel que les 14 systèmes de soins de santé provinciaux, territoriaux et fédéral conçoivent une stratégie coordonnée de formation, de recrutement et de maintien en poste des ressources humaines du secteur de la santé.

L'Office canadien de coordination des ressources humaines du secteur de la santé devrait s'inspirer de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS) créé en 1989. Il n'y a actuellement pas d'organisme canadien de coordination qui aide les provinces et les territoires à planifier les ressources humaines du secteur de la santé, et en particulier d'organisme qui regroupe tous les interlocuteurs pertinents, y compris les médecins et les autres professionnels de la santé.

Compte tenu des investissements que le fédéral a déjà faits dans des études sectorielles sur certaines disciplines de la santé, l'AMC exhorte le gouvernement fédéral à créer un Office canadien de coordination des ressources humaines du secteur de la santé regroupant des représentants des professions de la santé – ce que les commissions Romanow et Kirby ont recommandé dans leur rapport.

**Recommandation 4 :** Que Santé Canada, en collaboration avec Ressources humaines et développement des compétences Canada et les gouvernements des provinces et des territoires, crée l'Office canadien de coordination des ressources humaines du secteur de la santé afin de faciliter la planification des besoins en ressources humaines de la santé. Coût : 3 millions de dollars par année.

## **II. Équité : Améliorer l'infrastructure et les technologies de la santé afin de dispenser de meilleurs soins**

### **(v) Libérer le capital entrepreneurial et garder des médecins**

#### **Pourquoi la TPS ne devrait pas s'appliquer à la pratique des médecins**

L'AMC exhorte le gouvernement fédéral à supprimer une taxe insidieuse sur la santé en détaxant<sup>10</sup> la pratique des médecins. Au début, la TPS ne devait jamais s'appliquer au capital humain et matériel utilisé pour produire des biens et services. La TPS est une taxe à la valeur ajoutée à la consommation que l'on a mise en œuvre pour supprimer l'effet de distorsion que la taxe de vente fédérale sur la fabrication avait sur les décisions d'affaires. On a toutefois appliqué la TPS à la pratique des médecins d'une façon qui produit exactement le résultat contraire. Le gouvernement fédéral doit corriger la situation une fois pour toutes. Compte tenu d'estimations de KPMG, les médecins ont payé 1,1 milliard de dollars de TPS sur leur pratique. C'est 1,1 milliard qu'ils auraient pu investir dans une meilleure technologie afin d'augmenter les soins et d'accroître la productivité.

#### **Réinvestir la TPS éliminée sur la pratique des médecins**

Ramener à zéro le taux de la TPS coûterait au début 84 millions de dollars<sup>11</sup> au gouvernement fédéral, soit 0,27 % du total des recettes tirées de la TPS en 2005-2006. Comme les médecins du Canada réinvestissent la TPS ramenée à zéro dans leur pratique – et particulièrement dans leurs patients – le gouvernement fédéral en tirerait toutefois un dividende considérable sur le plan de l'amélioration de l'état de santé de la population canadienne et de l'efficacité de l'économie. Ramener à zéro la TPS qui frappe la pratique des médecins vise à étalonner comme il se doit le régime fiscal en fonction du système de prestation de soins de santé afin d'aider à atteindre nos objectifs nationaux sur les plans de la santé et de l'économie.

#### **Dissiper le mythe d'un précédent sur le plan de la TPS**

Des fonctionnaires et des politiciens craignent d'établir un précédent en ramenant à zéro la TPS qui frappe la pratique des médecins. C'est déjà fait : des éléments importants du système de santé financé par le secteur public sont déjà détaxés ou ont droit à un remboursement de TPS. Les médicaments d'ordonnance, élément de plus en plus important du coût total des soins de santé, sont détaxés depuis 1996, par exemple. Les hôpitaux bénéficient d'un remboursement de 83 % depuis l'imposition de la TPS et le budget de 2005 a étendu ce remboursement aux organismes sans but lucratif offrant des services fournis auparavant en milieu hospitalier.



Outre les hôpitaux, d'autres éléments du secteur public et parapublic comme les municipalités, les universités et le secteur scolaire (le secteur dit «MUSH»), bénéficient de remboursements. Dans son budget de 2004, le fédéral a confirmé que les municipalités pourraient récupérer sur-le-champ 100 % de la TPS et le volet fédéral de la taxe de vente harmonisée (TVH).

**Recommandation 5 :** Que le ministère des Finances présente un projet de loi visant à modifier la Loi fédérale sur la taxe d'accise afin de ramener à zéro la taxe sur les produits et services (TPS) qui frappe la pratique des médecins. Coût : 84 millions de dollars par année, ou 0,27 % du total des revenus de 31,5 milliards de dollars tirés de la TPS en 2005–2006.

#### **(vi) Dossier médical électronique – Améliorer la santé et accroître la productivité**

Comme l'a dit le ministre des Finances Goodale, «l'essor économique du Canada et l'amélioration de la qualité de vie au pays reposent sur une infrastructure matérielle de première qualité». Le Canada a certes besoin de meilleurs ponts, chaussées et réseaux d'égout. Nous avons besoin de cette infrastructure fondamentale pour bénéficier d'une qualité de vie de base. Nous voulons toutefois mener plus qu'une vie de base. Afin de hausser la qualité de vie et d'assurer sa compétitivité internationale, le Canada doit investir dans l'infrastructure du XXI<sup>e</sup> siècle, l'infrastructure électronique. Un dossier médical électronique (DME) pancanadien permettrait de dispenser plus rapidement des soins de plus grande qualité et d'une plus grande valeur.

*«... Ces efforts [en TI], appuyés et favorisés, pourraient produire des renseignements clés sur les pratiques cliniques exemplaires et réduire considérablement les frais d'administration.»*  
Allan Greenspan, président de la Réserve fédérale américaine. Témoignage devant le Comité du budget de la Chambre des États-Unis, le 12 mars 2005.

#### **Un DME sauvera des vies et accroîtra les efficiences**

Lorsqu'on harmonise les investissements dans la santé avec la technologie au bon moment, ils peuvent, comme l'indique le président de la Réserve fédérale Allan Greenspan, «produire des renseignements clés sur les pratiques cliniques exemplaires et réduire considérablement les frais d'administration».

La prestation des soins de santé au Canada est une industrie de 130 milliards de dollars qui pèse plus de 10 % du produit intérieur brut du Canada. Le secteur continue de grossir. Nous le gérons toutefois avec une technologie que le secteur bancaire n'aurait pas acceptée il y a même 20 ans.

Les études démontrent<sup>12</sup> que le plus tôt nous aurons un DME pancanadien de soins primaires en place, le plus tôt la qualité des soins de santé s'améliorera et la productivité des travailleurs de la santé et, en retour, celle des patients, grimperont en flèche. Il y a trop longtemps que le Canada tire de l'arrière sur les principaux pays industrialisés sur le plan de l'adoption d'un DME (voir le Tableau 2).

**Tableau 2. Le Canada a pris du retard sur le plan des investissements dans le DME .**

Pourcentage des médecins qui utilisent des dossiers et des ordonnances électroniques		
Pays	Dossiers	Ordonnances
Grande-Bretagne	59 %	87 %
Nouvelle-Zélande	52 %	52 %
Australie	25 %	44 %
États-Unis	17 %	9 %
Canada	14 %	8 %

Harris Interactive Survey (2001) réalisée pour le compte de la Harvard School of Public Health et du Symposium international sur les soins de santé du Commonwealth Fund.

### **Une infrastructure adéquate d'information dans le secteur de la santé dotée d'une connectivité pancanadienne**

Dotée d'un investissement initial de 1,2 milliard de dollars, l'Inforoute Santé du Canada (ISC) collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour mettre en place des éléments clés de l'infrastructure pancanadienne d'information dans le secteur de la santé. Même si l'on a effectué des investissements importants dans les systèmes provinciaux et territoriaux d'information sur les secteurs de la santé, deux grandes préoccupations se dégagent. Tout d'abord, même s'il est important, l'investissement de 1,2 milliard de dollars dans l'ISC représente seulement 15 % du coût estimatif de l'implantation au Canada d'un système de dossiers médicaux électroniques entièrement interexploitables. Deuxièmement, l'ICS a réalisé des progrès très limités dans la création d'une plateforme commune, protégée et interexploitable – qui constituera la dorsale d'un système pancanadien. C'est pourquoi l'AMC appuie les recommandations présentées par l'Association canadienne des institutions de santé universitaires, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association des soins de santé du Canada du Canada afin de doter l'ISC d'un financement important pour qu'elle puisse s'acquitter de sa mission fondamentale.

### **Permettre des investissements dans l'entrepreneuriat électronique pour améliorer la santé.**

Le manque d'attention accordée à l'infrastructure de l'information sur la santé aux premières lignes de la prestation des soins de santé constitue une des lacunes du DME pancanadien. Même si les services médicaux sont en grande partie financés par le secteur public d'un bout à l'autre du Canada, la plupart des médecins dirigent leur propre pratique. Comme entrepreneurs, les médecins acceptent la responsabilité et le risque d'investir dans de nouveaux équipements immobilisés variant du matériel de diagnostic aux DME. Comme n'importe quelle autre entreprise, les médecins doivent calculer le rendement de leur investissement dans tout actif immobilisé qu'ils achètent. Dans le cas du DME, c'est le gouvernement qui profite de la majeure partie du rendement, affirme une étude du Center for Information Technology Leadership des États-Unis<sup>13</sup>.

### **Un investissement dans le capital matériel qu'est le DME améliore les soins et grossit le capital entrepreneurial**

En rendant tous les renseignements pertinents sur les patients accessibles sur-le-champ au point de contact, et en offrant un accès tout aussi rapide à de l'information médicale générale qui aide à prendre des décisions cliniques, le DME améliorera considérablement la capacité d'un clinicien de prendre de bonnes décisions, ce qui réduira les erreurs médicales et les coûts qui en découlent. L'opportunité de l'information signifie aussi qu'on posera des diagnostics plus rapidement, ce qui réduira considérablement le temps que les patients doivent passer à occuper un lit d'hôpital ou à consommer des ressources d'urgence qui coûtent cher.

La réduction du double emploi diminuera encore davantage les coûts : on perd trop souvent du temps et de l'argent à répéter des examens de diagnostic pressants mais dont les résultats ne sont pas disponibles.

### **Les investissements dans les technologies de l'information en santé se récupèrent presque sur-le-champ**

Une étude de Booz, Allan et Hamilton sur le système de santé du Canada estime qu'un DME pourrait produire pour tout le système des réductions de coûts de l'ordre de 6,1 milliards de dollars, en raison d'une diminution des examens en double, des économies réalisées au niveau des transcriptions, d'une diminution du nombre de dossiers extraits et classés, de la baisse de consommation de fournitures de bureau et des dépenses découlant de la diminution du nombre d'effets indésirables des médicaments. L'étude affirme aussi que les avantages en termes de résultats pour la santé équivaleraient à ces économies annuelles, ou même les dépasseraient.

### **Mobiliser les médecins pour opérationnaliser un DME pancanadien**

Les milieux médicaux peuvent jouer un rôle charnière en aidant le gouvernement fédéral à faire d'un système de santé branché un but atteignable au cours des prochaines années. Dans le contexte d'un exercice multilatéral qui regroupera toute l'équipe de soins de santé, l'AMC cherchera à instaurer la coopération et l'acceptation. Il faudra à cette fin un partenariat véritable entre les associations médicales des provinces, les gouvernements provinciaux et territoriaux et l'ISC.

L'AMC exhorte le gouvernement fédéral à affecter un montant supplémentaire de 1,5 milliard de dollars à l'Inforoute Santé du Canada. On établirait pour le fonds des critères qui limiteraient l'investissement à l'automatisation des bureaux des médecins en signant une entente entre les associations médicales et la province ou le territoire en cause. L'investissement fédéral de 1,5 milliard de dollars pourrait avoir un effet d'entraînement fondé sur un partage 75:25 avec les médecins qui attirerait au cours des 10 prochaines années un investissement de 1,5 milliard de dollars dans l'informatisation des bureaux des médecins. Des ententes conclues avec les associations médicales des provinces détermineraient les modes précis de versement des fonds en question. L'ICS a déjà mis en place des contrôles et des processus financiers rigoureux qu'elle peut étendre à la gestion de ce programme.

**Recommandation 6 :** Que le ministre des Finances, en collaboration avec le ministre de la Santé, accorde un soutien financier additionnel à l'Inforoute Santé du Canada afin de réaliser la vision que constitue un dossier médical électronique pancanadien interexploitable et protégé et qu'il prévoit un investissement ciblé dans l'automatisation des bureaux des médecins. Coût : 1,5 milliard de dollars en 10 ans.

### **(vii) Alléger l'endettement des résidents en médecine**

#### ***Étendre aux résidents en médecine l'allègement d'intérêt sur les prêts étudiants du Canada***

Les étudiants en médecine accumulent un endettement sans précédent à mesure que les frais de scolarité des facultés de médecine continuent de flamber. L'alourdissement de l'endettement a un effet sur le type de pratique que recherchent les jeunes médecins, ainsi que sur l'endroit où ils choisissent d'exercer. 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 signé par les premiers ministres en 2004, et l'encourage à tenir sa promesse en accordant aux résidents en médecine l'allègement d'intérêt sur les prêts étudiants du Canada.

Le gouvernement éviterait ainsi de biaiser le choix de carrière des étudiants en médecine et encouragerait les nouveaux diplômés à rester au Canada.

### **Déréglementation des frais de scolarité => alourdissement de l'endettement => un boulet pour l'entrepreneuriat**

Il n'en a pas toujours été ainsi. La déréglementation des frais de scolarité des facultés de médecine dans certaines provinces a fait exploser de façon spectaculaire l'endettement des étudiants en médecine. Il importe de signaler que les résidents en médecine se retrouvent dans une situation sans pareille que ne connaissent pas les diplômés d'autres programmes universitaires. Après avoir terminé leur faculté de médecine, les étudiants ont le droit de porter le titre de médecin. Ils ne peuvent toutefois pratiquer avant d'avoir terminé un programme de résidence. Il leur faut de deux à dix ans pour terminer le programme qui certifie leur spécialisation dans de nombreuses disciplines variant de la médecine familiale à la rhumatologie en passant par la radiologie. Au cours de la résidence obligatoire, ils doivent travailler à la fois comme étudiants et comme employés. Le Tableau 1 inclut le salaire annuel des résidents en médecine et de leurs collègues employés d'hôpitaux. Les résidents en médecine ne sont pas rémunérés à l'heure, sinon leur salaire serait plus élevé, car leur semaine de travail n'est pas limitée (80 heures et plus).

**Tableau 1. Les résidents en médecine apprennent beaucoup mais ne gagnent pas beaucoup.**

Honoraires des résidents par rapport à ceux d'employés entièrement qualifiés du secteur de la santé.

<b>Statut, Ottawa (Ontario)</b>	<b>Rétribution annuelle ou salaire à temps plein (le cas échéant)</b>	<b>Études postsecondaires minimales requises</b>	<b>Expérience connexe minimale requise</b>
Médecin résident en Ontario, PGY-1 (moyenne nationale 42 862 \$)	44 230 \$	Sept ans et plus	Sept ans et plus d'expérience clinique et autre connexe acquise à la suite d'une formation médicale prédoctorale et d'expériences préprofessionnelles, y compris des stages, des cours au choix, etc.
Serrurier, et technicien de portes, Hôpital d'Ottawa	44 051 \$	Aucune. Diplôme d'études secondaires et cours ou certificat en serrurerie.	Cinq ans d'expérience pertinente.
Superviseur du nettoyage, Hôpital d'Ottawa	41 165 \$ – 48 000 \$	Deux ans OU membre agréé de l'OHHA, de l'ACIA ou d'une association connexe	Trois ans d'expérience de la supervision générale.

### **Le coût de l'investissement insuffisant dans les résidents en médecine frappe fort au Canada rural**

À mesure que les médecins s'endettent, de plus en plus d'entre eux choisissent une spécialité (beaucoup mieux rémunérée) plutôt que la médecine familiale, ce qui a des répercussions sur l'accessibilité, la qualité et le coût global du système de santé. Les médecins de famille sont aux premières lignes des soins médicaux et ils traitent et préviennent des millions de maladies au Canada chaque année. La chute de la demande en médecine familiale en général et en médecine familiale rurale en particulier a maintenant d'importantes répercussions sur les soins de santé et le rendement de l'économie.

Le manque de médecins de famille locaux est souvent un facteur déterminant dans la décision d'une entreprise d'investir directement dans une communauté. Une multinationale, par exemple, n'investirait probablement pas plusieurs milliards de dollars dans un centre de ski s'il n'y avait pas de médecins disponibles pour traiter blessures reliées aux accidents de ski.

### **Améliorer l'accès à l'éducation en médecine**

L'avenir du Canada dépend de sa capacité d'assurer que tous les Canadiens ont accès à nos facultés de médecine. Comme l'a dit récemment le ministre des Finances Goodale,

*«...mais il n'en reste pas moins que ces compétences demeurent l'apanage d'une minorité de Canadiens. Nous devons faire mieux, car c'est l'avenir du Canada qui est en jeu.»*

En étendant l'exonération d'intérêt sur les prêts étudiants du Canada, on donnerait un signal important aux jeunes Canadiens de tous les contextes socioéconomiques qui veulent devenir médecins. Dans un bassin de population plus petit, l'expérience et la variété des contacts communautaires sont limités. Les connaissances précises d'un groupe de patients permettent aux futurs médecins d'adapter leurs soins aux groupes en question. C'est pourquoi nous devrions former des résidents de toutes les régions du pays qui proviennent de contextes socioéconomiques différents. C'est un peu comme un entrepreneur qui personnalise ses services en fonction des besoins des clients auxquels on ne répondait pas auparavant, offre un meilleur service et occupe une part du marché. Voilà pourquoi l'AMC appuie la recommandation de la Fédération des étudiants en médecine du Canada (FEMC) et de l'Association canadienne des médecins résidents (ACMR) voulant que l'exemption d'intérêts sur les prêts canadiens aux étudiants soit consentie à tous les étudiants des professions de la santé qui suivent une formation postdoctorale.

**Recommandation 7 :** Que Ressources humaines et développement des compétences Canada apportent des modifications au Programme canadien de prêts aux étudiants pour prolonger la période d'exonération d'intérêt sur les prêts canadiens aux étudiants pour les médecins résidents qui suivent une formation postdoctorale. Coût : 5 millions de dollars par année.

### **(viii) Pour que les investissements dans la recherche médicale comptent – Appuyer l'application des connaissances.**

On a créé les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour qu'ils soient le principal organisme subventionnaire de la recherche en santé au Canada. La promotion de la recherche interdisciplinaire dans les quatre domaines que sont la recherche biomédicale, la recherche clinique, les systèmes et les services de santé, ainsi que la santé des populations, constitue un des aspects les plus fructueux du travail des IRSC qui a fait du Canada un chef de file mondial des nouvelles techniques de recherche en santé. Compte tenu de son niveau actuel de financement, le Canada a toutefois beaucoup de retard sur d'autres pays industrialisés au niveau de son engagement envers la recherche en santé. L'application des connaissances est un des domaines où il serait des plus utiles d'investir des ressources supplémentaires.

Caractéristique de premier plan et innovatrice du mandat des IRSC, l'application des connaissances (AC) pourrait :

- augmenter et accélérer considérablement les avantages que les Canadiens tirent de leurs investissements dans la recherche en santé;
- faire du Canada un innovateur qui contribue à l'application des connaissances sur la santé et qui fait autorité.

La recherche sur la santé publique et des populations est un autre domaine où une augmentation des engagements financiers produirait des dividendes à long terme.

Par exemple, *les chercheurs (et les bailleurs de fonds de la recherche) devraient créer plus de possibilités d'échanges avec les utilisateurs possibles de leur recherche. Ils devraient considérer ces activités comme un élément du monde «réel» de la recherche et non comme un ajout superflu* (Lavis et al., 2001)<sup>14</sup>.

**Recommandation 8 :** Que le ministre des Finances, en collaboration avec le ministre de la Santé, augmente le budget de référence des Instituts de recherche en santé du Canada afin d'améliorer les efforts de recherche sur la santé publique et la santé des populations et d'accélérer considérablement l'application des connaissances. Coût : 600 millions de dollars en trois ans.

### **III. Efficacité – Mieux vaut prévenir que guérir**

Il est préférable de faire quelques préparations avant qu'une crise éclate au lieu d'avoir beaucoup de réparations à faire par la suite. Selon l'Organisation mondiale de la santé et l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), une pandémie de grippe est inévitable. Si nous sommes insuffisamment préparés, il en découlera davantage de pertes de vie et un trou de plusieurs milliards de dollars dans notre économie, comme nous en avons fait l'expérience à Toronto à la suite de l'éclosion de SRAS en 2003. Quant à l'avenir, l'ASPC estime que si des vaccins ne sont pas disponibles, une pandémie de grippe au Canada fera de 11 000 à 58 000 morts et coûtera de 5 à 38 milliards de dollars à l'économie.

#### **(ix) Protéger notre infrastructure immobilisée en nous préparant aux situations d'urgence**

Lorsque l'éclosion de SRAS a frappé le Canada au printemps de 2003, des gens sont tombés très malades et sont morts. La confusion dans le public s'est étendue rapidement à l'économie. Le commerce intérieur et extérieur du Canada a été perturbé. Selon le Conference Board du Canada, l'éclosion de SRAS dans la région du Grand Toronto a eu un impact de 1,5 milliard de dollars sur l'économie. Des investissements dans la santé publique et les préparatifs d'urgence permettraient au système de fonctionner plus efficacement et atténuerait l'impact de nouvelles maladies infectieuses. Par conséquent, l'AMC recommande d'investir 25 millions de dollars de plus dans la capacité de l'ASPC en mesures d'urgence, afin d'améliorer la capacité à réagir à une pandémie.

#### **Réduire le fardeau économique des pandémies – Refermer l'écart Naylor**

Le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique (Rapport Naylor) a estimé qu'il faut environ un milliard de dollars par année pour mettre en œuvre et maintenir les programmes de santé publique dont le Canada a besoin. Même s'il représente un réinvestissement important dans le système de santé publique du Canada, le financement annoncé dans le budget de 2005 est loin d'atteindre ce besoin fondamental. Le D<sup>r</sup> Jeffrey Koplan<sup>15</sup>, directeur des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, a cerné sept domaines où créer de la capacité et se préparer dans un système de santé publique :

1. Des effectifs de la santé publique assez nombreux qui ont reçu une solide formation.
2. Une capacité de laboratoire pour produire des résultats exacts et opportuns qui serviront au diagnostic et à l'investigation.
3. Service d'épidémiologie et de surveillance pour détecter rapidement les menaces sanitaires.

4. Système d'information protégé et accessible pour aider à analyser et interpréter les données sur la santé.
5. Solide moyen de communication pour assurer l'échange bidirectionnel d'information.
6. Capacité d'évaluation efficace des politiques.
7. Capacité de préparation et de réponse qui inclut un plan de réponse, des tests et le maintien d'un état élevé de préparation.

Ces points s'appliquent aussi bien au fonctionnement au jour le jour du système de santé publique qu'à sa capacité de réagir aux crises, qu'il s'agisse d'une nouvelle maladie infectieuse, d'une catastrophe naturelle ou d'une frappe terroriste. La santé publique doit être prête à affronter toutes ces menaces.

Il est crucial que le gouvernement fédéral crée et maintienne ses réserves de matériel d'urgence, ses laboratoires de santé publique pour la détection rapide, sa capacité de former rapidement les travailleurs de la santé des premières lignes et de les informer des menaces émergentes, sa capacité d'aider les provinces et les territoires et de coordonner leur réponse en cas de menaces massives ou simultanées multiples.

### **La vaccination est l'intervention de santé la plus rentable qui soit**

Selon les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, la vaccination contre les maladies infantiles constitue une des interventions sanitaires les plus rentables qui soit. Le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, par exemple, évite 16,34 \$ en coûts médicaux directs par dollar dépensé. L'AMC exhorte le gouvernement fédéral à continuer d'appuyer la Stratégie nationale d'immunisation ainsi que la disponibilité ininterrompue, dans l'ensemble des provinces et des territoires, des vaccins recommandés par le Comité consultatif national de l'immunisation.

### **Un rôle clair pour le leadership fédéral – protéger notre avenir**

La notion selon laquelle la santé publique relève du gouvernement fédéral «est fondée sur la prémisse voulant que les questions de santé publique – et plus particulièrement les urgences – soient à ce point importantes que le gouvernement fédéral devrait tout simplement utiliser son pouvoir de maintenir "*la paix, l'ordre et le bon gouvernement*" afin d'orienter les interventions en santé publique et de veiller à ce qu'elles soient convenablement effectuées». C'est pourquoi l'AMC recommande que l'on promulgue une Loi canadienne sur les mesures d'urgence en santé qui codifierait et améliorerait la législation existante et permettrait une réponse nationale plus rapide en collaboration avec les provinces et les territoires, fondée sur une approche systématique graduée des urgences qui posent une menace imminente et aigue pour la santé humaine et la sécurité d'un bout à l'autre du Canada.

Aussi bien préparée une municipalité soit-elle être, les dirigeants de la santé publique devront, dans certains cas, se tourner vers le gouvernement de la province, du territoire ou le fédéral pour obtenir de l'aide. La réussite d'une telle démarche multilatérale dépend d'une bonne planification préalable entre le fédéral, les provinces et les territoires, et les administrations locales.

Le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer pour améliorer de toute urgence la coordination entre les autorités et réduire, en collaboration avec les autorités provinciales, la variabilité entre les différents plans d'intervention.

## **Les investissements dans la santé publique prennent du temps**

Il faut financer la santé publique de façon uniforme afin de tirer le maximum de l'investissement initial. Les investissements dans la santé publique produiront une population en meilleure santé et une population active plus productive pour l'économie canadienne. Cela prend toutefois du temps. Par contre, si l'on néglige le système de santé publique, cette négligence coûtera des vies et frappera durement l'économie canadienne.

Au moment où le gouvernement fédéral cherche des moyens de réaliser des efficiences et de réduire les coûts dans les programmes fédéraux par l'intermédiaire du Comité du cabinet sur l'examen des dépenses, il est crucial de protéger l'Agence de santé publique du Canada contre toute réduction. Malgré la menace imminente de pandémie de grippe, il est prévu de réduire de 34,3 millions de dollars le budget de l'Agence de santé publique du Canada au cours de deux prochaines années, en résultat de l'examen des programmes<sup>16</sup>.

**Recommandation 9 :** Afin d'assurer une préparation adéquate aux urgences et une capacité suffisante en santé publique à l'échelle aussi bien fédérale que provinciale, que le gouvernement fédéral fournisse un financement supplémentaire à l'Agence de santé publique du Canada et l'exempte de contribuer à l'examen des dépenses. Coût : 684,3 millions de dollars sur trois ans (voir les détails à l'Annexe 1).

### **(x) Il est crucial d'investir dans des communications efficaces en santé publique**

L'efficacité du système de santé publique est tributaire en grande partie de sa capacité de communiquer rapidement de l'information qui fait autorité. La circulation bidirectionnelle de l'information entre les experts en santé publique et les milieux des praticiens s'impose en tout temps. Elle devient essentielle en période d'urgence.

L'initiative de communication et de coordination en santé rapide, fiable, accessible, liée et efficace (RAFALE) améliore la capacité du système de santé publique de communiquer rapidement en :

- offrant une plaque tournante pour la communication et la coordination entre administrations afin d'améliorer l'état de préparation en période d'urgence;
- créant un système de communication transparent basé sur des réseaux officiels et officieux;
- cherchant la meilleure façon de diffuser de l'information d'urgence et des alertes en santé à des professionnels de la santé et des dirigeants de la santé publique ciblés d'une façon rapide, efficace et accessible.

**Recommandation 10 :** Que Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada fournissent une injection ponctuelle de 100 millions de dollars afin d'améliorer la capacité technique de communiquer avec les prestataires de soins de santé publique des premières lignes en temps réel pendant les périodes d'urgence en santé. Coût : 100 millions de dollars, ponctuel.



## **Conclusion – L’impact économique des investissements dans les soins de santé**

Dans son mémoire prébudgétaire, l’AMC a présenté les faits sur la façon dont des investissements dans le capital matériel, humain et entrepreneurial peuvent améliorer notre système de santé et, en retour, rendre l’économie plus productive. Les améliorations de la qualité et, plus particulièrement, de la rapidité des soins permettent aux travailleurs canadiens d’augmenter leur rendement et de réaliser leur potentiel.

L’Accord sur la santé que les premiers ministres ont signé en 2004 constitue une étape positive dans le renouvellement de l’engagement du gouvernement fédéral envers les soins de santé financés par le secteur public, mais il faut faire davantage. Tout comme le corps humain qui évolue constamment, il faut étalonner le système de santé pour optimiser son rendement. Des investissements ciblés dans les ressources humaines de la santé, ainsi que dans l’infrastructure des soins de santé, permettront d’optimiser la répartition des ressources, d’améliorer la santé et de renforcer l’économie.

## Annexe 1

<b>Le Plan de productivité en 10 points de l'AMC</b>				<b>Total</b>	
<b>(en millions de dollars)</b>					
	<b>2006-2007</b>	<b>2007-2008</b>	<b>2008-2009</b>	<b>3 ans</b>	
<b>Efficienc</b>					
i.	Améliorer l'accès – créer des postes de formation pour les diplômés de facultés de médecine étrangères	45,0	45,0	45,0	135,0
ii.	Rapatriement de notre capital humain – inciter des médecins canadiens à rentrer des États-Unis	10,0	0,0	0,0	10,0
iii.	Fonds de réinvestissement dans les ressources humaines du secteur de la santé	100,0	200,0	300	600,0
iv.	Création de l'Office canadien de coordination des ressources humaines de la santé	3,0	3,1	3,2	9,3
<b>Efficienc, total</b>		<b>158,0</b>	<b>248,1</b>	<b>348,2</b>	<b>754,3</b>
<b>Équité</b>					
v.	Libérer du capital entrepreneurial – ramener à zéro la TPS imposée sur la pratique des médecins	84,0	86,1	88,3	258,4
vi.	Investissement dans le capital matériel et humain grâce à l'informatisation des cabinets de médecins (transfert de l'Inforoute Santé du Canada)	1 463,7	0,0	0,0	1 463,7
vii.	Allègement de l'endettement des résidents en médecine – un investissement en capital humain	5,0	5,1	5,3	15,4
viii.	Faire en sorte que les investissements en recherche sur la santé comptent – appuyer le transfert du savoir	100,0	200,0	300,0	600,0
<b>Équité, total</b>		<b>1 652,7</b>	<b>291,2</b>	<b>393,6</b>	<b>2 337,5</b>
<b>Efficacité</b>					
ix.	Préparation au pire scénario de pandémie	25,0	25,0	25,0	75,0
	Refermer l'écart Naylor	75,0	150,0	250,0	475,0
	Protection contre les réductions imposées par le comité d'examen	16,4	17,9	0,0	34,3
x.	Assurer une communication efficace en santé publique	100,0	0,0	0,0	100,0
<b>Efficacité, total</b>		<b>216,4</b>	<b>192,9</b>	<b>275,0</b>	<b>684,3</b>
<b>Total</b>		<b>2 027,1</b>	<b>732,2</b>	<b>1 016,8</b>	<b>3 776,1</b>

\* Note : deux années supplémentaires de financement à raison de 200 millions de dollars par année.

\*\*Note : le plan d'informatisation des cabinets de médecin consiste en un seul transfert ponctuel à l'Inforoute santé du Canada (ISC).

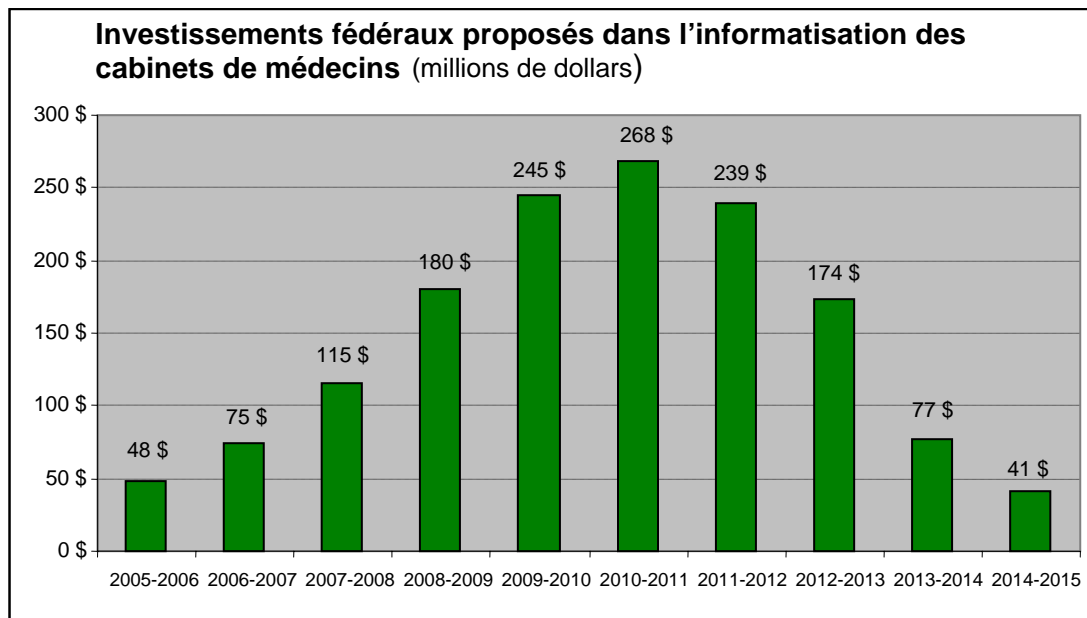
L'ISC distribuerait le financement directement.

Les estimations reposent sur de l'information obtenue de l'Inforoute Santé du Canada (octobre 2005).

Groupe de travail sur l'Agence de santé publique du Canada. Rapport : Agence de santé publique du Canada; Ottawa : Agence santé publique du Canada, avril 2004.

Voir le rapport de l'Agence de santé publique du Canada sur les plans et les priorités 2005-2006 ([www.phac-aspc.gc.ca/rpp-2005-06/index.html#2b](http://www.phac-aspc.gc.ca/rpp-2005-06/index.html#2b)).

## Annexe 2. Coût sur 10 ans de l'informatisation des cabinets de médecins



1. Le Canada compte quelque 62 000 médecins qui ont un permis d'exercice. On estime que 20 % ont déjà un dossier médical électronique (DME) à leur cabinet clinique. Cette analyse des coûts vise donc à aider les 48 000 autres médecins à informatiser leur bureau.
2. Le coût de l'informatisation d'un cabinet est calculé à partir des données des travaux effectués par le gouvernement de l'Alberta et l'Association médicale de l'Alberta par l'intermédiaire du Programme de soutien aux bureaux des médecins (POSP). On a utilisé un coût sur quatre ans de 41 000 \$, total qui couvre les immobilisations, l'installation, la formation et les coûts d'exploitation pendant cette période. Les coûts s'établissent à 26 000 \$ pour la première année et à 5 000 \$ par année pour les trois années suivantes.

## Références

- <sup>1</sup> Ralph Waldo Emerson (1803–1882), essayiste, poète, philosophe. «Power», *The Conduct of Life* (1860).
- <sup>2</sup> Selon le Royal Institute of International Affairs qui cite aussi deux lauréats du Prix Nobel en économie. Dans *Health Expenditure and Investment Rather than a Cost?* International Economics Program, Chatham House. 07/05. Disponible : [www.chathamhouse.org.uk/index.php?id=189&pid=245](http://www.chathamhouse.org.uk/index.php?id=189&pid=245) (consulté en octobre 2005).
- <sup>3</sup> L'activité économique supplémentaire générée par le secteur de la santé repose sur un multiplicateur conservateur de 1,5. L'AMC cherche à établir des estimations précises des retombées des investissements dans les soins de santé au Canada.
- <sup>4</sup> *Leçons de la crise du SARS – Renouveau de la santé publique au Canada. Un rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique.* Ottawa : Santé Canada, octobre 2003. Disponible : [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index_f.html) (consulté en octobre 2005).
- <sup>5</sup> Cooper, S. *Don't Fear Fear or Panic Panic, an economist's view of pandemic flu.* Toronto : BMO Nesbitt Burns; octobre 2005. Disponible : [www2.bmo.com/news/article/0,1257,contentCode-5047\\_divId-4\\_langId-1\\_navCode-112,00.html](http://www2.bmo.com/news/article/0,1257,contentCode-5047_divId-4_langId-1_navCode-112,00.html).
- <sup>6</sup> Ibid.
- <sup>7</sup> Selon le Royal Institute of International Affairs qui cite aussi deux lauréats du Prix Nobel en économie. Dans *Health Expenditure and Investment Rather than a Cost?* International Economics Program, Chatham House. 07/05. Disponible : [www.chathamhouse.org.uk/index.php?id=189&pid=245](http://www.chathamhouse.org.uk/index.php?id=189&pid=245) (consulté en octobre 2005).
- <sup>8</sup> L'activité économique supplémentaire générée par le secteur de la santé repose sur un multiplicateur conservateur de 1,5. L'AMC cherche à établir des estimations précises des retombées des investissements dans les soins de santé au Canada.
- <sup>9</sup> L'AMC et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada abordent plus en détail les pressions qui s'exercent en faveur d'une stratégie de gestion des RHS dans «Pour un cadre de planification des mesures humaines du secteur de la santé.» Livre vert. Juin 2005. Disponible : [www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/AMC\\_CNA\\_Green\\_Paper\\_f.pdf](http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/AMC_CNA_Green_Paper_f.pdf).
- <sup>10</sup> Les fournitures détaxées s'entendent d'un nombre limité de biens et de services taxables au taux de 0 %. Cela signifie que la TPS/TVH ne s'applique pas à la fourniture des biens et services en question, mais que les inscrits à la TPS/TVH peuvent réclamer un crédit de taxe sur les intrants (CTI) à l'égard de la TPS/TVH qu'ils paient ou doivent pour des achats et des dépenses faites pour les fournir. Disponible : [www.cra-arc.gc.ca/tax/business/topics/gst/glossary-f.html](http://www.cra-arc.gc.ca/tax/business/topics/gst/glossary-f.html) (consulté en septembre 2005).
- <sup>11</sup> Dans une étude indépendante réalisée par KPMG, on a calculé que les médecins ont «surcotisé» d'environ 57,2 millions de dollars en 1992 sous forme de CTI non réclamés. En 2005, ce total corrigé de l'inflation atteint 84 millions de dollars.
- <sup>12</sup> Étude Booz, Allan, Hamilton, Dossier de santé électronique pancanadien interopérable, Inforoute Santé du Canada, Stratégie d'investissement sur dix ans, mars 2005-09-06.
- <sup>13</sup> Le Center for Information Technology Leadership ([www.citl.org](http://www.citl.org)) est un organisme de recherche sans but lucratif créé en 2002 dans le but d'aider le secteur des soins de santé à prendre des décisions plus éclairées d'investissement stratégique en TI.
- <sup>14</sup> Lavis, J., Ross, S., Hurley, J., Hohenadel, J., Stoddart, G., Woodward, C., Abelson, J. Reflections on the Role of Health-Services Research in Public Policy-Making. Document 01-06.
- <sup>15</sup> Koplan, JP. *Building Infrastructure to Protect the Public's Health.* Public Health Training Network Broadcast. Disponible : [www.phppo.cdc.gov/documents/KoplanASTHO.pdf](http://www.phppo.cdc.gov/documents/KoplanASTHO.pdf) (consulté en octobre 2005).
- <sup>16</sup> Rapport : Agence de santé publique du Canada. *Établir les bases pour une collaboration intergouvernementale harmonieuse* [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/phawg-asppt-noseworthy/2\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/phawg-asppt-noseworthy/2_f.html) (consulté en octobre 2005).