

Une population en santé pour une économie plus robuste

Association médicale canadienne : Mémoire présenté au Comité permanent des finances dans le contexte des consultations prébudgétaires de 2011

Présenté par :

Jeffrey Turnbull, MD, FRCPC
Président

Le 12 août 2011



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

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole national des médecins du Canada. Fondée en 1867, l'AMC a pour mission 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 74 000 membres. En leur nom et au nom de la population canadienne, elle exerce un large éventail de fonctions, notamment favoriser l'élaboration de politiques et de stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des traumatismes, promouvoir l'accès à des soins de santé de qualité, faciliter le changement au sein de la profession médicale et ouvrir la voie et servir de guide aux médecins pour les aider à influencer les changements dans le processus de prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est une organisation professionnelle sans but lucratif, à participation volontaire, qui représente la majorité des médecins du Canada et regroupe 12 divisions provinciales et territoriales et 51 organisations médicales nationales.



Sommaire

Dans le mémoire qu'elle présente au Comité permanent des finances de la Chambre des communes, l'Association médicale canadienne (AMC) examine la façon dont l'augmentation des options d'épargne-retraite, l'amélioration de l'accès aux médicaments d'ordonnance et la planification d'une Alliance canadienne de la qualité en santé pour promouvoir l'innovation dans la prestation de soins de santé de grande qualité peuvent améliorer notre système de santé et, en retour, rendre l'économie plus productive. Des soins de santé de plus grande qualité et davantage de choix pour répondre aux besoins des Canadiens retraités et âgés contribueront à atteindre le but final, soit la prestation de meilleurs soins aux patients et l'amélioration de la santé de la population, et aideront notre pays à réaliser son plein potentiel.

Les sondages montrent que l'avenir de leur système de santé, et en particulier leur capacité d'avoir accès aux soins essentiels, préoccupe de plus en plus la population canadienne. Dans son mémoire prébudgétaire de 2011, l'AMC répond à ces préoccupations et appuie une population en santé, une profession médicale en santé et une saine reprise de l'économie. Nos recommandations sont les suivantes :

Recommandation 1

Le gouvernement fédéral devrait étudier des options qui permettraient d'élargir la définition actuelle des RRAC au-delà des régimes de retraite à cotisations déterminées. Le gouvernement fédéral devrait aussi élargir la définition d'administrateur admissible des RRAC au-delà des institutions financières pour inclure des organisations telles que les associations professionnelles.

Recommandation 2

Les gouvernements devraient établir, en consultation avec l'industrie de l'assurance-vie et de l'assurance-santé, ainsi qu'avec le public, un programme de couverture complète des médicaments d'ordonnance qui serait administré sous forme de remboursement aux régimes provinciaux-territoriaux et privés d'assurance-médicaments d'ordonnance afin d'assurer que tous les Canadiens ont accès à des pharmacothérapies médicalement nécessaires.

Recommandation 3

Le gouvernement fédéral devrait créer un comité directeur national doté d'un mandat d'une durée limitée qui mettrait à contribution des intervenants clés pour élaborer une proposition portant sur une Alliance pancanadienne de la qualité en santé. Cette dernière serait chargée de collaborer à l'établissement de stratégies intégrées visant à instaurer un système de santé viable par des pratiques innovatrices de prestation des soins de santé de grande qualité.

Introduction

Au cours de l'année écoulée, l'AMC a mobilisé les Canadiens d'un bout à l'autre du pays dans une consultation publique générale sur les soins de santé et les a entendus exprimer leurs préoccupations et parler de leur vécu dans le système. Cet exercice s'inscrivait dans le cadre de l'initiative de l'AMC sur la transformation des soins de santé (TSS), plan stratégique visant à moderniser le système de santé du Canadaⁱ de façon à ce qu'il soit axé sur les patients d'abord et en donne plus pour son argent à la population canadienne.

Au cours de ces consultations, les Canadiens nous ont dit qu'ils ne croient pas obtenir actuellement une bonne valeur de leur système de santé, ce que confirment d'ailleurs les études qui comparent le système de santé du Canada à ceux des principaux pays d'Europe. Nous avons aussi entendu les Canadiens exprimer leurs préoccupations face aux inégalités d'accès aux soins autres que les services assurés de base couverts par l'assurance-santé, particulièrement en ce qui concerne les médicaments d'ordonnance. À cet égard, tous les paliers de gouvernement doivent certes intervenir, mais c'est le gouvernement fédéral qui doit diriger la transformation du programme social qui nous est le plus cher.

1. Amélioration du revenu de retraite

Enjeu : Augmenter les possibilités d'épargne-retraite pour les Canadiens en cherchant d'abord à améliorer leur capacité de satisfaire à leurs besoins en soins de longue durée.

Contexte

La situation du système de revenu de retraite du Canada et la capacité future des personnes âgées de financer adéquatement leurs besoins en soins de longue durée et en services de soutien préoccupent toujours l'AMC. Le pourcentage des personnes âgées au Canada (65 ans et plus) devrait doubler ou presque comparativement à son niveau actuel de 13 % pour atteindre presque 25 % d'ici 2036. Les projections de Statistique Canada montrent qu'entre 2015 et 2021, il y aura pour la première fois plus de personnes âgées que d'enfants de moins de 14 ansⁱⁱ.

L'AMC intervient proactivement dans ce dossier de plusieurs façons, notamment par l'entremise de la Coalition pour l'amélioration du revenu de retraite (CARR), groupe de grande envergure créé récemment et qui regroupe onze organismes représentant plus d'un million de professionnels travaillant à leur compte.

La Coalition a déjà recommandé au gouvernement fédéral de prendre les mesures suivantes :

- augmenter le nombre des moyens possibles d'épargne-retraite pour tous les Canadiens, et en particulier les travailleurs autonomes;
- modifier la *Loi de l'impôt sur le revenu*, le Règlement de l'impôt sur le revenu et la *Loi sur les normes d'emploi* afin de permettre aux travailleurs autonomes de participer à des régimes de retraite;
- approuver les régimes de pension de retraite collectifs (RPRC) comme programme d'épargne-retraite pour les travailleurs autonomes;

- modifier les programmes actuels d'épargne avec report d'impôt (augmenter le pourcentage du revenu gagné ou hausser le plafond de la cotisation maximale aux REER);
- prévoir que l'enregistrement de tous les modes d'épargne-retraite soit volontaire (facultatif);
- offrir aux Canadiens des possibilités de mieux s'informer au sujet des moyens possibles d'épargne-retraite (littératie financière)ⁱⁱⁱ.

L'AMC reconnaît que les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux des Finances vont de l'avant en lançant les régimes de retraite agréés collectifs (RRAC). Comme membre de la CARR, l'AMC a contribué à l'exercice de consultation. Les RRAC ne représentent toutefois qu'un seul des éléments d'une structure d'épargne-retraite plus complète.

Recommandation 1

Le gouvernement fédéral devrait étudier des options qui ne limiteraient pas les RRAC aux régimes de retraite à cotisations déterminées. Il faudrait autoriser et encourager les régimes à prestations cibles qui permettent de mettre en commun les risques entre les participants et offrent un véhicule plus sécuritaire que les régimes à cotisations déterminées.

En outre, il ne faudrait pas que les institutions financières soient les seuls administrateurs des RRAC. Les organisations bien dirigées qui représentent des groupes particuliers devraient pouvoir commanditer et administrer des RPA et des RRAC pour leurs propres membres, y compris ceux qui sont travailleurs autonomes.

La capacité des Canadiens d'épargner pour répondre à leurs besoins en soins de longue durée préoccupe toujours l'AMC. L'Alliance sur les temps d'attente – regroupement de 14 organisations médicales nationales dont les membres fournissent des soins spécialisés aux patients – a déclaré récemment que beaucoup de patients, et en particulier de patients âgés, sont hospitalisés en attente d'arrangements de soins plus convenables et appropriés. Comme ils ont pour la plupart besoin surtout d'aide et non de soins médicaux, ces patients sont en quelque sorte prisonniers du manque d'options à leur disposition, souvent à cause de leur revenu personnel limité.

L'AMC a déjà recommandé que le gouvernement fédéral étudie des possibilités de préfinancement des soins de longue durée, y compris l'assurance privée, des stratégies d'épargne à report d'impôt et à impôt prépayé, de même que l'assurance sociale à base de cotisations. Cette recommandation vaut toujours.

2. Accès universel aux médicaments d'ordonnance

Enjeu : Veiller à ce que tous les Canadiens aient accès à des médicaments d'ordonnance de base.

Contexte

L'accès universel aux médicaments d'ordonnance est généralement reconnu comme un élément resté « en suspens » de l'assurance-santé au Canada. En 1964, la Commission Hall recommandait que le gouvernement fédéral paie 50 % du coût des médicaments d'ordonnance

dans le contexte du Programme des services de santé. La Commission recommandait également que l'acheteur contribue 1 \$ par ordonnance. Cette recommandation n'a jamais été appliquée^{iv}.

Ce qui a émergé depuis, c'est une combinaison de financement public et privé des médicaments d'ordonnance. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a calculé qu'en 2010, le secteur public payait 46 % des dépenses reliées aux médicaments d'ordonnance, l'assurance privée, 36 %, et les particuliers, 18 %^v.

À l'échelle nationale, les données indiquent que les niveaux de couverture de l'assurance-médicaments varient considérablement. Selon Statistique Canada, 3 % des ménages ont consacré plus de 5 % de leur revenu après impôt aux médicaments d'ordonnance en 2008. Dans les provinces, ce pourcentage a varié de 2,2 % en Ontario et en Alberta à 5,8 % à l'Î.-P.-É et 5,9 % en Saskatchewan^{vi}.

De plus, la couverture assurée par les différents régimes provinciaux varie considérablement d'une région à l'autre du pays. Par exemple, le programme d'assurance-médicaments du Manitoba est basé sur le revenu total et prévoit des rajustements pour les conjoints et les personnes à charge de moins de 18 ans, tandis qu'à Terre-Neuve-et-Labrador, le régime est basé sur le revenu familial net^{vii,viii}.

L'édition 2010 du Sondage international sur les politiques de santé réalisé par le Fonds du Commonwealth a révélé que 10 % des répondants canadiens ont affirmé n'avoir pas fait remplir une ordonnance ou avoir sauté des doses de médicaments à cause du coût^{ix}. De plus, de nombreux reportages dans les médias ont parlé des inégalités d'accès qui existent entre les provinces pour les médicaments contre le cancer et les médicaments très coûteux servant à traiter des maladies rares.

Au cours de nos consultations publiques de cette année, les participants ont souvent parlé du coût élevé des médicaments d'ordonnance. Le besoin d'une stratégie pharmaceutique nationale ou d'un régime d'assurance-médicaments a été mentionné par une majorité écrasante de répondants, dont beaucoup ont expliqué en détail comment ils ont été affectés par le coût élevé des médicaments.

Le coût pour le gouvernement fédéral d'un programme qui garantirait l'accès universel aux médicaments d'ordonnance dépendrait du seuil des contributions directes et du pourcentage des dépenses qu'il accepterait de partager avec les régimes privés et publics des provinces et des territoires. Les estimations vont de 500 millions de dollars^x à un milliard de dollars^{xi}, jusqu'à l'estimation la plus récente établie par les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, soit 2,5 milliards (2006)^{xii}.

Recommandation 2

Les gouvernements devraient établir, en consultation avec l'industrie de l'assurance-vie et de l'assurance-santé, ainsi qu'avec le public, un programme de couverture complète des médicaments d'ordonnance qui serait administré sous forme de remboursement aux régimes provinciaux-territoriaux et privés d'assurance-médicaments d'ordonnance afin d'assurer que tous les Canadiens ont accès à des pharmacothérapies médicalement nécessaires.

Un tel programme devrait inclure :

- l'obligation pour tous les Canadiens d'adhérer à un régime privé ou public d'assurance-médicaments d'ordonnance;
- un plafond basé sur le revenu et uniforme (entre les régimes public et privé et entre les provinces et les territoires) pour les dépenses directes, les primes d'assurance-médicaments et les médicaments d'ordonnance;
- le partage fédéral-provincial-territorial des dépenses en médicaments d'ordonnance dépassant un plafond du revenu des ménages, sous réserve d'un maximum de contribution totale fédérale-provinciale-territoriale établi soit en rajustant le partage fédéral-provinciale-territorial du remboursement, soit en indexant le plafond du revenu des ménages, soit en prenant ces deux moyens;
- l'obligation pour les régimes d'assurance collective et les administrateurs de régimes d'avantages sociaux d'employés de mettre en commun les risques qui dépassent un seuil relié à la taille du groupe;
- un rôle solide soutenu pour les régimes privés d'assurance complémentaire et les régimes publics d'assurance-médicament, qui seraient placés sur un pied d'égalité (c.-à-d. primes et copaiements pour couvrir les coûts du régime).

3. Innovation pour la qualité dans les soins de santé au Canada

Enjeu : Élaboration d'une proposition visant à établir une Alliance canadienne de la qualité en santé afin de promouvoir l'innovation dans la prestation de soins de santé de grande qualité au pays.

Contexte

On reconnaît en général que le système de santé du Canada n'est plus très performant comparativement à celui de pays semblables. Il est clair que nous pouvons faire mieux. On ne progresse guère, toutefois, dans l'établissement d'un programme intégré de qualité pour notre système de santé. À l'échelle nationale, il n'y a aucune coordination ni entité chargée de promouvoir une stratégie intégrée d'amélioration de la qualité.

Au cours des deux dernières décennies, les intervenants du secteur de la santé au Canada en sont venus graduellement à adopter un concept multidimensionnel de la qualité dans les soins de santé qui englobe la sécurité, la pertinence, l'efficacité, l'accessibilité, la compétence et l'efficience. Les compressions unilatérales du financement fédéral affecté aux transferts au titre de la santé qui sont entrées en vigueur en 1996 ont déclenché des préoccupations qui persistent toujours à l'égard de la dimension de l'accessibilité, préoccupations que les premiers ministres ont fini par reconnaître dans leur Accord de 2004 en créant le Fonds de réduction des temps d'attente. La dimension sécurité a été reconnue par la création de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) en 2003.

Les organisations professionnelles et les organismes de réglementation du secteur de la santé en ont reconnu la dimension compétence en créant des programmes d'examen par les pairs et en imposant le développement professionnel tout au long de la carrière.

Six provinces ont créé sous une forme ou un autre un conseil de la qualité en santé (C.-B., Alb., Sask., Ont., Qc, N.-B.), mais il n'existe pas de stratégie nationale d'amélioration de la qualité au-delà de la dimension sécurité. Comme les soins de santé constituent la grande priorité nationale pour la population canadienne et représentent une enveloppe budgétaire très importante pour tous les paliers de gouvernement, l'absence de stratégie nationale d'amélioration de la qualité constitue une lacune majeure.

Aux États-Unis, l'Institute for Healthcare Improvement a pour mandat de mettre au point et de promulguer des méthodes et des processus d'amélioration de la prestation des soins dans le monde entier^{xiii}. Le National Health Service (NHS) de l'Angleterre a aussi créé des points de convergence au cours de la dernière décennie afin d'accélérer l'innovation et l'amélioration dans l'ensemble du système de santé.

Il y a eu progrès dans le domaine de la santé au Canada lorsqu'il y a eu fusion du savoir-faire et du point de vue de tout un éventail d'intervenants. L'ICSP, par exemple, a été créé dans le sillage des délibérations et du rapport du Comité directeur national sur la sécurité du patient^{xiv}.

On calcule qu'il en coûterait moins de 500 000 \$ pour mettre sur pied un comité multilatéral chargé d'élaborer une proposition d'alliance nationale sur l'amélioration de la qualité, ce qui comprendrait le coût de toute recherche commandée.

Recommandation 3

Le gouvernement fédéral devrait créer un comité directeur national doté d'un mandat d'une durée limitée qui mettrait à contribution des intervenants clés pour élaborer une proposition portant sur une Alliance pancanadienne de la qualité en santé. Cette dernière serait chargée de collaborer à l'établissement de stratégies intégrées visant à instaurer un système de santé viable par des pratiques innovatrices de prestation des soins de santé de grande qualité.

Afin de moderniser les services de soins de santé, cette alliance devrait notamment :

- promouvoir une approche intégrée d'amélioration de la qualité des soins de santé;
- promouvoir le partage pancanadien des pratiques innovatrices et exemplaires;
- créer et diffuser des moyens de mettre à contribution les cliniciens des premières lignes dans le contexte d'exercices d'amélioration de la qualité;
- établir des partenariats internationaux d'échange de pratiques innovatrices.

Il y aurait toutes sortes de façons de créer une telle alliance :

- virtuellement, en utilisant la stratégie des Réseaux de centres d'excellence^{xv};
- en élargissant le mandat d'une entité existante;
- en créant une nouvelle entité.

RÉFÉRENCES

- ⁱ Association médicale canadienne. *La Transformation des soins de santé au Canada. Des changements réels. Des soins durables*. http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/HCT/HCT-2010report_fr.pdf. Consulté le 13/07/11.
- ⁱⁱ Statistique Canada. Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires. <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/2010001/aftertoc-aprestdm1-fra.htm>. Consulté le 13/07/11.
- ⁱⁱⁱ Coalition pour l'amélioration du revenu de retraite. Lettre au ministre fédéral des Finances et au ministre d'État (Finances). Le 17 mars 2011.
- ^{iv} Hall, E. Commission royale d'enquête sur les services de santé. Volume 1. Ottawa : Imprimeur de la Reine, 1964.
- ^v Institut canadien d'information sur la santé. Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2010. Ottawa, 2010.
- ^{vi} Statistique Canada. Tableau CANSIM 109-5012. Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits, en pourcentage du revenu net d'impôt, Canada et provinces, annuel (pourcentage). <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?id=1095012&searchTypeByValue=1&lang=fra>. Consulté le 05/29/11.
- ^{vii} Santé Manitoba. Outil d'estimation de la franchise du Régime d'assurance-médicaments. http://www.gov.mb.ca/health/pharmacare/estimator_fr.html. Consulté le 07/28/11.
- ^{viii} Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve. Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program (NLPDP). http://www.health.gov.nl.ca/health/prescription/nlpdp_application_form.pdf. Consulté le 07/29/11.
- ^{ix} Fonds du Commonwealth. Sondage international sur les politiques de santé dans 11 pays. http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Chartbook/2010/PDF_2010_IHP_Survey_Chartpack_FULL_12022010.pdf. Consulté le 05/29/11.
- ^x Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *La santé des Canadiens – le rôle du gouvernement fédéral*. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme. Ottawa, 2002.
- ^{xi} Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa, 2002.
- ^{xii} Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. Document d'information : Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Document décisionnel. <http://www.scics.gc.ca/francais/conferences.asp?a=viewdocument&id=112>. Consulté le 23/07/11.
- ^{xiii} <http://www.ihl.org>. Consulté le 29/07/10.
- ^{xiv} Comité directeur national sur la sécurité du patient. *Accroître la sécurité du système : Une stratégie intégrée pour améliorer la sécurité des patients dans le système de santé canadien*. http://crmcc.medical.org/publications/building_a_safer_system_f.pdf. Consulté le 23/07/11.
- ^{xv} http://www.nce-rce.gc.ca/index_fra.asp. Consulté le 29/07/10.