

**Améliorer l'imputabilité dans le système de santé du
Canada**

**Mémoire présenté par l'Association médicale canadienne
au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences
et de la technologie**

**Examen législatif 2011 du Plan décennal
de 2004 pour consolider les soins de santé
au Canada**

Le 19 octobre 2011

John Haggie, MB, ChB, MD, FRCS
Président



A healthy population and a vibrant medical
profession

Une population en santé et une profession
médicale dynamique

Introduction

L'AMC est heureuse de pouvoir témoigner devant le Comité dans le cadre de son examen du Plan décennal pour consolider les soins de santé. Il est crucial de comprendre ce qui a fonctionné ou non depuis 2004 afin de veiller à ce que le prochain accord instaure dans le système le changement qui s'impose.

Aperçu de l'accord de 2004

Du côté positif de l'équation, l'accord de 2004 a fourni au système de santé un financement stable et prévisible pendant une décennie – ce qui manquait sérieusement auparavant. L'accord a aussi révélé qu'un engagement ciblé, portant dans ce cas sur les temps d'attente, peut produire des améliorations.

Il ne s'est toutefois pas fait grand-chose à l'égard de plusieurs autres engagements importants pris dans l'accord, comme celui qui avait été pris aussi en 2003 de s'attaquer aux inégalités importantes en matière d'accès aux médicaments d'ordonnance pour les Canadiens.

Conjuguée au manque de services de soins communautaires et de soins à domicile à long terme, cette inégalité est à l'origine d'une lacune majeure au niveau de l'accès pour les patients dans tout le continuum des soins.

Nous savons aussi que les dispositions relatives à l'imputabilité contenues dans les accords antérieurs comportaient plusieurs lacunes. Par exemple, on a peu progressé dans l'élaboration des indicateurs communs de rendement prévus dans l'accord précédent¹. L'accord de 2004 ne comporte aucun mandat clair pour ce qui est de l'obligation de rendre compte de la surveillance de ses dispositions.

Vision et principes pour 2014

Il manquait à l'accord de 2004 une vision claire. Sans destination et sans engagement de s'y rendre, notre système de santé ne pourra pas être transformé et ne deviendra jamais un système très performant et véritablement intégré.

L'accord de 2014 présente l'occasion parfaite d'entreprendre le voyage, à condition d'en structurer les dispositions de façon à favoriser l'innovation et les améliorations qui s'imposent. En définissant clairement les objectifs et en garantissant un financement supplémentaire stable, nous saurons de quels changements nous avons besoin pour atteindre nos buts.

Le moment est venu d'énoncer la vision – d'affirmer clairement qu'à la fin de l'accord de financement de dix ans, soit en 2025, les Canadiens auront la meilleure santé et les meilleurs soins de santé au monde. Avec l'engagement

clair des fournisseurs, des administrateurs et des gouvernements, cette vision peut devenir notre destination.

Comme premier pas de ce long et difficile voyage, l'AMC a établi un partenariat avec l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Ensemble, nous avons sollicité l'aide de plus de 60 organisations du secteur des soins de santé pour établir une série de « Principes devant guider la transformation des soins de santé au Canada ».

Ces principes définissent un système qui offrirait un accès équitable, en fonction du besoin clinique, à des soins de grande qualité et axés sur les patients et visant à établir le mieux-être et à le maintenir.

Ils nécessitent un système qui rend compte à ses utilisateurs et à ses payeurs, et qui est aussi viable – c.-à-d. doté de ressources financières, infrastructurelles et humaines suffisantes, mesuré par rapport à d'autres systèmes très performants, et dont les coûts sont liés aux résultats.

Compte tenu de l'expérience que nous avons acquise en travaillant dans le contexte des dispositions de l'accord de 2004, nous souhaitons proposer trois stratégies afin d'assurer que le prochain accord aboutira à un système de santé très performant et viable.

Ces stratégies sont les suivantes : cibler la qualité; soutenir l'innovation dans le système; établir un cadre d'imputabilité. Je vais aborder brièvement chacune d'entre elles.

Cibler la qualité

Tout d'abord, il est crucial de concentrer les efforts sur l'amélioration de la qualité des services de santé. Les dimensions clés de la qualité et, par conséquent, les aspects sur lesquels il faut se pencher, sont la sécurité, l'efficacité, l'orientation patients, l'efficacité, l'opportunité, l'équité et la pertinence.

L'excellence de l'amélioration de la qualité dans ces domaines constituera une étape cruciale vers la viabilité.

Jusqu'à maintenant, six provinces ont créé des conseils de la qualité en santé. Leur mandat et l'efficacité avec laquelle ils réussissent vraiment à instaurer des améliorations durables dans l'ensemble du système varient. Ce qui manque et ce qu'il faut de toute urgence, c'est une stratégie pancanadienne intégrée d'amélioration de la qualité des soins de santé qui peut commencer à fixer le cap à suivre pour garantir que les Canadiens bénéficieront de la meilleure santé et des meilleurs soins de santé au monde.

Les Canadiens ne méritent pas moins et, compte tenu des ressources dont nous disposons, il n’y a rien qui empêche de parvenir à cet objectif.

L’AMC recommande que le gouvernement fédéral finance la création d’un Conseil canadien de la qualité de la santé indépendant, doté de ressources opérationnelles suffisantes, qui devra catalyser le changement, stimuler l’innovation et faciliter la diffusion d’initiatives d’amélioration de la qualité basées sur des données probantes afin qu’elles deviennent intégrées dans la trame de nos systèmes de santé d’un océan à l’autre.

Afin d’aider à étendre l’amélioration de la qualité dans tout le pays, le triple but de l’Institute for Healthcare Improvement offre un cadre solide. Nos systèmes de soins de santé bénéficieront infiniment d’une convergence simultanée sur la prestation de meilleurs soins aux personnes et d’une meilleure santé aux populations tout en réduisant le coût par habitant. Lorsqu’elle sera appliquée comme cadre pancanadien de toutes les initiatives d’amélioration de la qualité et de changement structurel, cette approche nous servira bien.

Innovation dans le système

La deuxième stratégie repose sur l’innovation dans l’ensemble du système. Les initiatives d’innovation et d’amélioration de la qualité ont infiniment plus de chance de porter fruit et de durer si elles sont issues d’un engagement pris par les fournisseurs des premières lignes et les administrateurs, vers l’atteinte d’un but commun. Nous devons laisser tomber les modèles de conformité et leurs conséquences négatives; il existe de données probantes pour justifier de les maintenir.

Les améliorations innovatrices dans les soins de santé au Canada sont mal appuyées et mal reconnues, et des obstacles nuisent à leur partage et à leur généralisation. La situation doit changer. En visant avant tout à améliorer la santé et les soins de santé des Canadiens, l’accord de 2014 pourra faciliter la transformation que nous cherchons tous.

Bâtissant sur le succès qu’ont connu le Fonds de réduction des temps d’attente de 2004 et le Fonds pour l’adaptation des soins de santé primaires établi dans l’Accord sur la santé de 2000, l’AMC propose de créer un Fonds d’innovation en santé du Canada qui appuierait de façon générale l’adoption d’initiatives d’innovation dans le système de santé, partout au Canada.

Un cadre d’imputabilité pratique

Troisièmement, il faut un cadre d’imputabilité pratique, qui fonctionnerait de trois façons.

Pour instaurer l'imputabilité envers les patients – le système sera axé sur les patients et, tout comme ses fournisseurs, il devra rendre compte de la qualité des soins et de l'expérience des soins.

Pour instaurer l'imputabilité envers la population – le système fournira des services intégrés de grande qualité dans tout le continuum des soins et il devra rendre compte, tout comme devront le faire ses administrateurs et ses gestionnaires.

Pour instaurer l'imputabilité aux contribuables – le système optimisera ses coûts par habitant et, tout comme ceux qui fournissent des fonds et du financement publics, il devra rendre compte de la valeur tirée de l'argent dépensé.

Nous avons fait tout cela parce que nous sommes profondément convaincus qu'il est essentiel de transformer véritablement notre système de santé et que ce changement peut et doit être instauré grâce au prochain Accord sur la santé.

C'est pourquoi je remercie le Comité des efforts qu'il consacre à cet enjeu important. Je serai heureux de répondre à vos questions.

Annexe A

Enjeux définis dans l'Accord de 2004 et situation actuelle

| Question | Situation actuelle |
|--|--|
| Indexation annuelle de 6 % du TCS jusqu'au 31 mars 2014 | A fourni au système de santé un financement stable et prévisible pendant une décennie. |
| Adoption, au plus tard en décembre 2005, de points de repère sur les temps d'attente dans 5 domaines d'intervention | Engagement tenu en grande partie. On n'a toutefois pas établi de points de repère en imagerie diagnostique. L'Alliance sur les temps d'attente demande l'adoption de points de repère pour tous les soins spécialisés. |
| Publication de plans d'action sur les ressources humaines du secteur de la santé (RHS) au plus tard en décembre 2005 | Engagement tenu en partie. La plupart des administrations ont publié des plans rudimentaires sur les RHS avant la fin de 2005. Le Comité consultatif F-P-T sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines a publié une communication sur un cadre de planification pancanadienne des RHS en septembre 2005. |
| Couverture intégrale des soins à domicile au plus tard en 2006 | La plupart des provinces offrent la couverture intégrale des soins à domicile après les soins actifs, mais les services varient au Canada dans le cas des soins de santé mentale et des soins palliatifs à domicile. |
| Objectif prévoyant que 50 % des Canadiens auront accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à des équipes multidisciplinaires de soins primaires avant 2011 | Engagement non tenu : le Conseil canadien de la santé a déclaré en 2009 que seulement 32 % des Canadiens ont accès à plus d'un fournisseur de soins de santé primaires. |
| Fonds d'accès aux soins de santé dans les territoires d'une durée de 5 ans et doté de 150 millions de dollars | Engagement tenu : le financement accordé à l'Initiative des Territoires sur la viabilité du système de santé (ITVSS) est prolongé jusqu'au 31 mars 2014. |
| Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (SNPP) en 9 points | Engagement non tenu en grande partie : un rapport d'étape sur la SNPP a été publié en 2006 mais rien n'a été fait. |
| Accélération du travail effectué sur une Stratégie pancanadienne de la santé publique, comportant des buts et des objectifs | Les ministres F-P-T de la Santé (sauf celui du Québec) ont proposé 5 objectifs de haut niveau pour la santé au Canada en 2005, même s'ils n'y ont pas joint les définitions opérationnelles qui se prêteraient à l'établissement d'objectifs. |
| Investissements fédéraux soutenus dans l'innovation en santé | Inconnu – aucune indication dans l'accord de 2004. |
| Publication de rapports à la population sur le rendement du système de santé et des éléments de l'Accord | Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont cessé de produire leurs rapports publics après 2004 et le gouvernement fédéral est le seul à avoir tenu sa promesse (au moins jusqu'en 2008). |
| Officialisation d'un mécanisme d'étude ou de règlement des différends reliés à la LCS | Fait mais pas encore testé. |

¹ Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont cessé de produire leurs rapports publics après 2004 et le gouvernement fédéral est le seul à avoir tenu sa promesse (au moins jusqu'en 2008). Gouvernement du Canada. Les Canadiens et les Canadiennes en santé : Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2008. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/system-regime/2008-fed-comp-indicat/index-fra.pdf. Consulté le 06/21/11.