

Mémoire de l'AMC

EXAMEN DES ORGANISATIONS PANCANADIENNES DE SANTÉ

Présenté à Santé Canada

Le 24 novembre 2017



L'Association médicale canadienne (AMC) se réjouit de cette occasion de contribuer à l'examen des organisations pancanadiennes de santé (OPS). L'AMC a eu des échanges de vues avec toutes ces entités à un moment ou à un autre. Cet examen tombe à point face à un enjeu brûlant : le Canada continue d'occuper l'un des derniers rangs parmi les 11 pays classés par le Fonds du Commonwealth et la première vague des baby-boomers aura 75 ans en 2021. Les coûts des soins de santé par habitant exploseront alors.

Nous aborderons la question des principaux besoins non comblés, présenterons quelques observations générales et formulerons deux recommandations. La bibliographie contient des références.

Besoins non comblés

Plaque tournante nationale de la qualité. Nous avons l'impression qu'aucun des OPS n'applique une stratégie intégrée d'amélioration de la qualité (AQ) conforme au cadre établi en 2001 par National Academy of Medicine (NAM) des États-Unis dans son rapport intitulé *Crossing the Quality Chasm*. Le cadre pivote sur le fait que les soins de santé doivent être sécuritaires, efficaces, axés sur le patient, opportuns, efficaces et équitables. Sauf erreur, Agrément Canada est le seul organisme national à avoir adopté un tel cadre, mais son mandat en matière d'AQ consiste à fixer des normes et à accorder l'agrément à des organismes de santé même s'il pourrait peut-être jouer un plus grand rôle. L'Institut canadien pour la sécurité des patients a fait de l'excellent travail en mettant l'accent sur l'importance de la *sécurité* des patients, mais il s'agit là d'une seule des six dimensions présentées dans le cadre de l'IOM.

Le Canada a du travail à faire dans chacune des cinq autres dimensions. En ce qui concerne *l'efficacité* des soins, même si le Canada a été le pionnier du concept de la médecine fondée sur des éléments de preuve, nous n'avons pas d'entité nationale qui produit des documents d'orientation à l'intention des professionnels de la santé comme le fait le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) du Royaume-Uni. On signale quelques efforts localisés dans ce domaine, comme le programme *Toward Optimized Practice* de l'Alberta. L'*Infobanque des GPC de l'AMC* tenue par Joule de l'AMC contient quelque 1200 guides de pratique clinique. Nous aborderons plus loin les *soins axés sur le patient*. Depuis la fin de l'Accord sur la santé de 2004 et du Fonds pour la réduction des temps d'attente (FRTA) que l'AMC a cherché pendant des années à faire inscrire au programme politique, les projecteurs ne sont plus braqués sur l'accès *opportun* aux soins. L'Alliance sur les temps d'attente a fait de son mieux pour promouvoir l'expansion et l'adoption de points de repère sur les temps d'attente au-delà des cinq traitements visés à l'origine dans le FRTA, mais ses efforts ont connu un succès très mitigé. Il ne faut donc pas s'étonner que le sondage de 11 pays réalisé par

le Fonds du Commonwealth en 2016 révèle que les Canadiens devaient attendre le plus longtemps pour consulter un spécialiste. Sur le plan de l'*efficience*, les organismes médicaux ont adopté rapidement l'initiative Choosing Wisely Canada (dont le volet francophone est Choisir avec soin), mais il pourrait être bénéfique pour cette campagne qu'elle dispose des ressources nécessaires pour procéder à une évaluation minutieuse de son effet. Nous aborderons plus loin la dimension des soins *équitable*s, dans le contexte de la discussion sur les déterminants sociaux de la santé. Au moins six provinces ont créé des conseils de la qualité en santé et s'il y avait un centre national chargé de coordonner leurs efforts, elles pourraient échanger le savoir-faire et leur savoir acquis à l'égard des six dimensions des soins définies par l'Institute of Medicine.

Voix nationale des patients – Même s'il est encourageant de constater que les OPS mettent l'accent sur les soins axés sur le patient et la famille, l'absence de porte-parole national et organisé des patients constitue une lacune fondamentale. L'Association des consommateurs du Canada constituait par le passé un porte-parole des patients et des consommateurs qui s'exprimait clairement au sujet des enjeux de la santé et l'Association a été en fait l'un des sept membres fondateurs du Groupe d'intervention Action santé en 1991. L'Association a perdu une grande partie de sa capacité de se faire entendre après la disparition du financement fédéral au cours de la décennie 1990. Il existe actuellement divers groupes de patients parrainés par des organismes de bienfaisance et par l'industrie du secteur de la santé, mais ils ont tendance à se concentrer sur leurs intérêts particuliers. Créé en 2001, l'organisme Patients Canada est porteur de promesses, mais avec des dépenses annuelles d'un peu moins de 130 000 \$ en 2014, il ne dispose pas des ressources suffisantes pour fonctionner comme porte-parole national des patients représentant toutes les régions du pays. Il faut un point de convergence indépendant qui peut intervenir pour le compte des patients dans les grands dossiers nationaux et qui peut aider les organismes nationaux du secteur de la santé à réaliser leurs initiatives d'intervention et d'élaboration de politiques. S'il disposait de meilleures ressources, l'organisme Patients Canada pourrait peut-être jouer ce rôle.

Équité en santé – Étant donné l'effet des inégalités en santé au Canada, elles ont une importance relativement faible sur la scène nationale à l'exception de l'inégalité entre l'état de santé des peuples autochtones du Canada et celui de la population en général. Par exemple, Mackenbach et ses collaborateurs ont estimé que les inégalités socioéconomiques ont été à l'origine de 20 % des coûts des soins de santé dans l'Union européenne en 2004. On ne peut guère imaginer que la situation serait très différente au Canada, mais les inégalités en santé n'ont pas constitué une préoccupation pour les OPS. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a fait du bon travail en aidant le gouvernement fédéral à tenir ses promesses à l'égard de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé publiée par

l'Organisation mondiale de la Santé en 2011 et elle subventionne aussi le Centre national de collaboration des déterminants de la santé, mais ces efforts sont peu connus en dehors des milieux de la santé publique. Dans la recherche de stratégies visant des maladies en particulier, on a tendance à oublier le gradient socioéconomique marqué qui chevauche à peu près toutes les causes de morbidité et de mortalité. L'outil de données sur les inégalités en santé de l'ASPC démontre qu'au Canada, les taux bruts de mortalité attribuable à des maladies de l'appareil circulatoire et au cancer du poumon dans le quintile du revenu le plus bas des zones de recensement métropolitaines s'établissent respectivement à 1,6 et 1,7 fois les taux enregistrés dans le quintile de revenu le plus élevé respectivement. Il y a au Canada des groupes comme l'Institut Wellesley et Health Providers Against Poverty qui se concentrent sur les enjeux de l'équité en santé et le Canada pourrait se pencher sur le rôle de leadership joué par l'Institute for Health Equity dirigé par sir Michael Marmot de l'University College de Londres, en Angleterre.

Moteur de l'innovation – L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé est généralement reconnue pour son travail d'évaluation des médicaments et des technologies, mais son rôle ne consiste pas à en promouvoir la mise en œuvre dans tout le système. Le Groupe consultatif sur l'Innovation des soins de santé (présidé par David Naylor) a recommandé la création d'une Agence d'innovation des soins de santé et d'un Fonds d'innovation pour les soins de santé afin d'instaurer « des changements durables et systémiques à la prestation des services de santé aux Canadiens ». Plus récemment, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a préconisé la tenue d'une conférence nationale sur la robotique, l'intelligence artificielle et l'impression en 3D qui donnerait naissance à des groupes de travail et à un secrétariat visant à intégrer ces technologies dans les systèmes de santé au Canada. Il existe des exemples où le Canada a mis au point des technologies innovatrices, mais ne les a pas généralisées. Par exemple, feu le D^r Maxwell House de Terre-Neuve a fait œuvre de pionnier en télémédecine au milieu de la décennie 1970. Cette technologie sert maintenant régulièrement au cours de séances cliniques, mais son prolongement logique à la surveillance par téléphone en est à peine à ses balbutiements. Selon le Canadian Telehealth Report de 2015, il y a eu en 2014, 411 778 séances cliniques de télésanté, mais 3803 patients seulement étaient surveillés par télésoins à domicile. De plus, le nombre de séances cliniques en télésanté représente à peine 0,15 % des 270,3 millions d'actes médicaux dont l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a fait rapport en 2015-2016. En guise de comparaison, Kaiser Permanente a signalé en 2016 que 52 % des 110 millions de contacts médecins-membres au cours de l'année précédente avaient eu lieu virtuellement.

L'exercice en deux temps qui a commencé par la création du Fonds pour l'adaptation des services de santé de 150 millions de dollars dans le sillage du rapport publié en 1997 par le Forum national sur la santé et le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de 800 millions de dollars prévus par l'Accord sur la santé de 2000 constitue un exemple de recours à un fonds pour instaurer un changement durable. Ces mesures ont entraîné l'adoption soutenue de nouveaux modèles de prestation des soins primaires en Ontario et en Alberta. Il convient de signaler que la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé fait du travail intéressant en faisant connaître et adapter davantage des traitements innovateurs pour les patients qui ont la maladie pulmonaire obstructive chronique. Le besoin d'une entité spécialisée comme moteur de l'innovation est démontré par l'expérience du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé mis sur pied par les premiers ministres en 2012 et qui a bénéficié de la participation sans précédent d'associations professionnelles, notamment l'AMC. Le groupe a publié un rapport ambitieux au cours de l'été 2012, mais l'initiative était pilotée par des hauts fonctionnaires et des membres du personnel d'associations « sur le coin du bureau » et elle a essentiellement piétiné. Une telle entité pourrait aussi jouer un rôle dans l'échange d'innovations entre les provinces et les territoires.

Capacité améliorée d'analyse – Depuis la disparition du Conseil économique du Canada (CEC) au cours de la décennie 1990, la capacité nationale d'analyse en soins de santé a diminué au Canada. Le CEC employait des économistes de la santé comme feu Ludwig Auer qui comprenait l'analyse détaillée des données du secteur de la santé pour aborder des enjeux comme la productivité des hôpitaux. L'ICIS fait de l'excellent travail en produisant des rapports comme *Tendances des dépenses nationales de santé au Canada*, mais ces documents ne suffisent pas pour examiner en profondeur une industrie de 242 milliards de dollars. Comme le signalait le journaliste André Picard au moment du dévoilement du rapport de 2017 sur les dépenses nationales de santé, « Nous ne savons pas vraiment combien nous dépensons en administration parce que ces dépenses sont cachées dans des postes comme les dépenses d'hôpitaux... et nous ne savons pas non plus combien coûte la main-d'œuvre... nous devrions certainement avoir une meilleure idée de l'enveloppe budgétaire consacrée aux infirmières, aux adjoints aux médecins, aux préposés aux services personnels, aux technologues des laboratoires, aux techniciens, et ainsi de suite. »

En ce qui concerne l'avenir, l'adoption généralisée des dossiers médicaux électroniques présentera une occasion d'analyse et un défi de premier plan. En 2008, l'ASPC a accordé au Collège des médecins de famille du Canada une subvention pour mettre sur pied le Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP) et a accordé par la suite du financement supplémentaire jusqu'en 2015. Le RCSSSP devait créer une base de données sur huit maladies chroniques et problèmes neurologiques en extrayant des dossiers médicaux électroniques des renseignements anonymisés sur

les patients. Selon la dernière mise à jour, en octobre 2016, le RCSSSP regroupe maintenant 11 réseaux de recherches en soins primaires affiliés à des universités et presque 1200 médecins fournissent des données provenant de 1,5 million de patients. Un rapport récent conclut que les algorithmes diagnostiques du RCSSSP sont très sensibles et spécifiques pour l'hypertension, le diabète, l'épilepsie et la maladie de Parkinson. Dans le mémoire qu'elle a présenté au Groupe consultatif sur l'innovation en soins de santé, l'AMC a souligné que le RCSSSP méritait un appui fédéral soutenu.

Observations générales

Nous voulons présenter trois observations générales. Premièrement, l'avenir des OPS ne devrait pas se décider dans l'isolement. Nous croyons plutôt qu'il faudrait tenir compte du tableau d'ensemble du financement fédéral accordé pour la promotion de la santé et des soins de santé, y compris les investissements que le gouvernement fédéral fait dans les Instituts de recherche en santé du Canada et dans la Stratégie de recherche axée sur le patient.

Deuxièmement, les échanges de vues entre l'AMC et les OPS se sont déroulés au hasard. Même si nous avons pu participer à des consultations et aux travaux de groupes techniques et de travail avec les OPS, ces échanges ont généralement été loin d'atteindre ce que nous considérons comme une participation précoce, réelle et soutenue.

Troisièmement, les OPS ont acquis un savoir-faire important dans le contexte de leur mandat et dans leurs sphères d'activité. Ils pourraient presque certainement exploiter leur potentiel pour déployer un effort synergique afin d'aborder avec succès des enjeux nationaux pressants qui pourraient autrement sembler presque impossibles à traiter, comme les soins aux aînés.

Recommandations

L'AMC présente respectueusement deux recommandations :

1. Que le plan de mise en œuvre adopté par le gouvernement à la suite de l'examen des OPS comprenne des moyens de répondre aux besoins suivants :
 - un centre national qui préconise une façon intégrée d'aborder les soins de santé de qualité;
 - un porte-parole national des patients doté de ressources suffisantes qui préconise les soins de santé axés sur le patient et la famille;

- une plus grande reconnaissance de l'importance des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé;
 - un moyen national de catalyser l'adoption viable de technologies novatrices dans les soins de santé au Canada;
 - des capacités d'analyses avancées afin de procéder à des évaluations approfondies de moyens de financement et de promouvoir la collecte et l'analyse de données générées par les dossiers médicaux électroniques.
2. Que le gouvernement fédéral mette les OPS et d'autres organismes fédéraux au défi de collaborer avec les gouvernements et les parties prenantes des provinces et des territoires afin de créer et d'appliquer un plan d'action national pour répondre aux besoins en santé et en soins de santé des aînés du Canada.

Bibliographie

Advisory Board. *A milestone: Kaiser now interacts more with patients virtually than in-person*. Washington, DC: Advisory Board; 2016 Oct 13 [En ligne]. Accessible ici : www.advisory.com/daily-briefing/2016/10/13/kaiser-telehealth (consulté le 10 nov. 2017).

Agence de la santé publique du Canada. *Outil de données sur les inégalités en santé – Infobase de la santé publique*. [En ligne]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2017. Accessible ici : <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/health-inequalities/index-fr.aspx> (consulté le 10 nov. 2017).

Agrément Canada. *Client- and family-centred care in the Qmentum program*. Ottawa: Agrément Canada; 2015.

Association canadienne d'informatique de la santé. *Rapport 2015 sur la télésanté au Canada – (Version anglaise)*. Toronto : L'Association; 2015. [En ligne]. Accessible ici : <https://livecare.ca/sites/default/files/2015%20TeleHealth-Public-eBook-Final-10-9-15-secured.pdf> (consulté le 10 nov. 2017).

Association médicale canadienne. *Infobanque des GPC : Guides de pratique clinique*. [En ligne]. Ottawa : L'Association; 2017. Accessible ici : <https://www.cma.ca/fr/pages/clinical-practice-guidelines.aspx> (consulté le 10 nov. 2017).

Association médicale canadienne. *Mémoire présenté au Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé*. Ottawa : L'Association; 2014. [En ligne]. Accessible ici : https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/submissions/CMA-Submission-Adv-Panel-on-HC-Innovation_FR.pdf (consulté le 10 nov. 2017).

Birtwhistle R. Update from CPCSSN. *Can Fam Physician* 2016; vol. 62, n° 10 : p. 851.

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). [En ligne]. Antigonish, NS: CCNDS; 2017. Accessible ici : www.nccdh.ca/ (consulté le 10 nov. 2017).

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *Défi en vue : Intégrer les technologies de la robotique, de l'intelligence artificielle et de l'impression en 3D dans les systèmes canadiens de soins de santé*. Ottawa : Le Sénat; 2017. [En ligne]. Accessible ici : https://sencanada.ca/content/sen/committee/421/SOCI/reports/RoboticsAI3D_Final_Web_f.pdf (consulté le 10 nov. 2017).

Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé. *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada*. [En ligne]. Ottawa: Ministre de la Santé; 2015. Accessible ici : <http://healthycanadians.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/alt/report-healthcare-innovation-rapport-soins-fra.pdf> (consulté le 10 nov. 2017).

Health Providers Against Poverty (HPAP). [En ligne]. Canada: HPAP; 2017. Accessible ici : <https://healthprovidersagainstopoverty.ca> (consulté le 10 nov. 2017).

Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données nationale sur les médecins – publication des données, 2015-2016 : Tableau B.1. Nombre de services, par spécialité, système de groupement national, province et territoire*. Ottawa : L'Institut; 2017.

Institute of Health Equity. [En ligne]. London: Institute of Health Equity; 2017. Accessible ici : www.instituteofhealthequity.org (consulté le 10 nov. 2017).

Mackenbach J, Meerding W, Kunst A. Economic costs of health inequalities in the European Union. *J Epidemiol Community Health* 2011; vol. 65, n° 5 : p. 412–419.

National Academy of Medicine (NAM). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (D.C.) : National Academies Press; 2001.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE.). [En ligne]. London: NICE; 2017. Accessible ici : www.nice.org.uk/ (consulté le 10 nov. 2017).

Organisation mondiale de la santé. Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : L'Organisation; 2011.
http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf (consulté le 10 nov. 2017).

Osborn R, Squires D, Doty M, Sarnak S, Schneider E. In new survey of eleven countries, U.S. adults still struggle with access to and affordability of health care. *Health Aff (Millwood)* 2016; vol. 35, no 12 : p. 2327–2336.

Patients Canada. [En ligne]. Toronto: Patients Canada, 2017. Accessible ici : www.patientscanada.ca/ (consulté le 10 nov. 2017).

Picard A. It's time for a data-driven approach to health care. *Globe and Mail*. Le 7 nov. 2017. <https://beta.theglobeandmail.com/opinion/its-time-for-a-data-driven-approach-to-health-care/article36858079/?ref=http://www.theglobeandmail.com&> (consulté le 10 nov. 2017).

Schneider E, Sarnak D, Squires D, Shah A, Doty M. Mirror, mirror 2017: international comparison reflects flaws and opportunities for better U.S. health care. New York (N.Y.) : Fonds du Commonwealth; 2017. [En ligne]. Accessible ici : www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2017/jul/schneider_mirror_mirror_2017.pdf (consulté le 13 nov. 2017).

Tinkham & Associates LLP. États financiers de Patients Canada (Version anglaise). Toronto : Tinkham & Associates LLP; Le 31 déc. 2014. [En ligne]. Accessible ici : www.patientscanada.ca/site/patients_canada/assets/pdf/patientscanada-financialstatements-2014.pdf (consulté le 10 nov. 2017).

Toward Optimized Practice. [En ligne]. Edmonton, AB: TOP; 2017. Accessible ici : www.topalbertadoctors.org/home/ (consulté le 13 nov. 2017).

Wellesley Institute. [En ligne]. Toronto: Wellesley Institute; 2017. Accessible ici : www.wellesleyinstitute.com/about (consulté le 10 nov. 2017).

Williamson T, Green M, Birtwhistle R, Khan S, Garies S, Wong S, Natarajan N, Manca D, Drummond N. Validating the 8 CPCSSN case definitions for chronic disease surveillance in a primary care database of electronic health records. *Ann Fam Med* 2014; vol. 12, n° 4 : p. 367–372.