

Poser le bon diagnostic...

Vers un avenir viable pour les politiques de santé au Canada

(Première partie d'un mémoire en deux parties présenté à la Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada)

Le 31 octobre 2001

SOMMAIRE

INTRODUCTION

L'Association médicale canadienne (AMC) se réjouit de cette occasion de présenter à la Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada le point de vue de nos 50 000 médecins membres, de nos divisions provinciales et territoriales et de nos organisations médicales affiliées.

Les médecins du Canada sont littéralement aux premières lignes du système de santé. Chaque année, nos médecins, médecins en formation médicale postdoctorale et étudiants en médecine ont collectivement au moins un et souvent plusieurs contacts personnels avec au moins 80 % de la population canadienne. Nous avons de plus des contacts quotidiens avec un vaste éventail de professionnels et d'organismes du secteur de la santé.

La Commission a été créée à un tournant de l'évolution de notre programme national de santé. L'absence de vision à long terme ou de plan systématique caractérise notre système de santé chancelant. Les intervenants n'ont pas d'objectif commun, la confiance du public s'effrite et le moral des prestataires est extrêmement bas. Si nous n'intervenons pas sur-le-champ pour nous attaquer à ces problèmes clés, nous perdrons très rapidement l'appui social qui sous-tend le système public de santé.

Le présent mémoire est le premier de deux volets. On reconnaît depuis longtemps en médecine que pour qu'un traitement réussisse, il faut d'abord poser le bon diagnostic. En première partie, nous concentrerons notre propos sur les «signes et symptômes» qui débouchent sur un diagnostic et nous décrirons certaines des voies générales à suivre pour stabiliser notre système de santé traumatisé. Dans la deuxième partie, qui sera terminée au printemps de 2002, nous présenterons les traitements que nous recommandons. Le thème global de notre document, c'est que nous ne pourrons nous en sortir seulement par des gains d'efficience.

SIGNES ET SYMPTÔMES D'UN «PATIENT TRAUMATISÉ»

À la suite des compressions des dépenses des années 1990, nous vivons maintenant une crise de viabilité qui comporte au moins cinq facettes.

Crise de l'accès – Pour ceux d'entre nous qui passent de plus en plus de temps chaque jour à essayer d'obtenir des moyens de diagnostic et de traitement pour nos patients, il est évident que nous vivons une crise de plus en grave d'accès aux ressources humaines et techniques, ainsi qu'à l'infrastructure connexe. Les références et des traitements auparavant routiniers et rapides occasionnent maintenant des attentes d'une durée inacceptable dans tous les cas sauf les plus urgents.

Crise du moral chez les prestataires – Le moral des médecins, des infirmières et des autres prestataires du système est au plus bas. Les médecins travaillent plus fort que jamais et la fatigue et l'épuisement se propagent. L'effort croissant et le temps de plus en plus long qu'il nous faut pour obtenir des ressources pour nos patients nous frustrent de plus en plus. Les réformes des années 1990 ont de plus marginalisé en grande partie les médecins dans la prise des décisions au niveau du système.

Crise de la confiance du public – Même si les Canadiens se disent toujours très satisfaits des soins de santé qu'ils reçoivent, ils ne croient plus que le système sera là pour eux à l'avenir. Par ailleurs, de multiples médias les bombardent de promesses au sujet de technologies révolutionnaires qui attisent leurs attentes au sujet de ce que peuvent leur fournir les médecins et le système de santé.

Crise du financement du système de santé – Le gouvernement fédéral avait commencé à réduire ses contributions à l'assurance-maladie vers la fin des années 1970, mais ces réductions s'étaient considérablement intensifiées au milieu des années 1990. Or, cette tendance commence à peine à se renverser. On prévoit pour le proche avenir que les gouvernements provinciaux et territoriaux devront consacrer plus de 40 % de leurs revenus aux soins de santé. La démographie et la technologie continueront d'exercer sur les coûts des pressions à la hausse. Nous sommes d'avis que la stratégie descendante de gestion de l'offre pour confiner les coûts est un échec retentissant.

Crise de l'imputabilité – Un problème croissant d'imputabilité sévit à plusieurs niveaux. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux continuent de se chamailler : la part fédérale de l'assurance-maladie s'établit-elle à 11 % ou à 34 %? Au niveau des provinces et des territoires, l'imputabilité a été délestée sur les régies régionales de la santé, mais c'est le ministère central de la Santé qui garde le pouvoir. Quant aux propositions de réforme, elle ont réclamé une plus grande imputabilité des prestataires mais non des patients-consommateurs.

Nous sommes d'avis que le système de santé et ceux d'entre nous qui y travaillent ont été profondément traumatisés. Nous croyons que ces cinq signes et symptômes ne feront que s'aggraver si l'on n'agit pas rapidement et de façon concentrée.

MOYENS DE STABILISER LE PATIENT TRAUMATISÉ

Même si nous ne sommes pas prêts à recommander des traitements précis pour le moment, nous sommes d'avis qu'il y a cinq «voies» qui pourraient guider le travail de la Commission et permettre de stabiliser la situation et de nous remettre du traumatisme.

Concentrer les efforts sur les «moyens» et non seulement sur les «problèmes» – Ce sont les «problèmes» plutôt que les «moyens» qui ont dominé les discussions sur la réforme de la santé des années 1990 au Canada. Les rares fois où l'on a tenu compte des «moyens», les gouvernements ont en général abordé la réforme en suivant une stratégie «de choc». Les experts internationaux ont reconnu qu'une telle façon de procéder a très peu de chance de réussir face à un grand nombre d'intervenants dans une multitude de contextes – ce qui décrit certainement très bien le paysage des soins de santé au Canada. On a clairement besoin pour gérer le changement d'une stratégie fondée sur la collaboration, qui sera basée sur la participation rapide, continue et réelle de tous les intervenants clés.

Adopter une approche au changement fondée sur les valeurs – Nous sommes d'avis que sa démarche fondée sur les valeurs, traduite par les cinq critères de programme de la Loi canadienne sur la santé, a en général bien servi l'assurance-maladie au Canada. Nous croyons que les valeurs fondamentales comme l'universalité doivent continuer de sous-tendre un régime modernisé d'assurance-maladie qui s'exprimera par des principes nationaux. Comme médecins, nous croyons plus particulièrement qu'il est fondamental de demeurer mandataires de nos patients et, de plus, qu'il faut continuer de défendre le principe du choix pour les patients et les médecins.

Établir un meilleur équilibre entre la couverture de tous les services et celle de toute la population – Pendant que nous réfléchissons à ce que pourrait inclure une vision de l'assurance-maladie de demain, il ne faut pas oublier qu'aucun pays au monde n'a été en mesure de payer intégralement pour l'accès rapide à tous les services de santé. Compte tenu de l'évolution accélérée du système de prestation, et du virage en cours des soins institutionnels vers les soins communautaires, il y a longtemps qu'on aurait dû réexaminer le «panier de services» de l'assurance-maladie.

Produire une nouvelle réflexion – Le nouveau millénaire exige une nouvelle façon de penser. Nous en sommes venus à prendre l'assurance-maladie pour acquise. Nous ne ferons aucun progrès vers un nouveau programme national d'assurance-maladie tant que l'application et l'interprétation actuelles des cinq principes de la Loi canadienne sur la santé limiteront les discussions. Nous devons réfléchir aux discussions des dernières années entre les premiers ministres des provinces et des territoires, ainsi qu'à l'expérience internationale, afin d'appréhender le nouveau consensus qui émerge peut-être. Le Canada peut et doit apprendre de l'expérience des autres pays qui ont déjà été forcés de s'ajuster, par exemple, aux changements démographiques qui toucheront bientôt le Canada. Nous devons aussi repenser notre façon de voir l'évolution du contexte de la prestation des soins de santé en cette époque de l'Internet et d'une nouvelle génération de consommateurs et de prestataires.

Reconnaître qu'une meilleure gestion ne suffira pas (même si elle est nécessaire) –

Nous ne croyons pas que la gestion réussira à elle seule à nous sortir de cette crise. Les médecins appuient, et même dirigent, de nombreuses innovations comme la mise en œuvre de guides de pratique et ont participé à des projets témoins de réforme des soins primaires. Une meilleure efficacité ne peut toutefois à elle seule satisfaire aux exigences prévues. Il faut doter le système de ressources appropriées et prévisibles.

PROCHAINES ÉTAPES...

Il n'y a pas de «solution magique» ou rapide qui placera notre programme national de santé sur des assises viables et redonnera confiance à la population canadienne. Il ne sera pas suffisant de simplement travailler plus fort pour que le système fonctionne mieux. Il reste encore des gains à réaliser en améliorant l'efficacité et l'intégration, mais la meilleure gestion, à elle seule, ne résoudra pas le problème. Il est temps de faire des changements fondamentaux. Nous ne devons toutefois pas nous laisser décourager de chercher à relever ce défi intimidant : il est impératif de commencer à agir dès maintenant.

Le présent mémoire décrit les diverses pressions qui entravent la viabilité du système de santé actuel. Il trace aussi un cadre de politique fondé sur les valeurs qui pourra contribuer à guider les délibérations à venir et nous orienter vers des politiques qui pourront résoudre les préoccupations croissantes des prestataires et des consommateurs de soins de santé.

Le mémoire ne vise à répondre à faire entièrement le tour de la question. D'autres organisations médicales présenteront des exposés à la Commission. L'AMC encourage la Commission à étudier avec la plus grande attention les mémoires complémentaires de nos organisations soeurs.

L'AMC compte présenter ses recommandations définitives, fondées sur ce cadre, au printemps 2002. Ce second mémoire sera lui aussi le fruit de discussions approfondies au sein de la profession.