

ORDONNANCE POUR LA VIABILITÉ

Le 6 juin 2002

Sommaire

L'assurance-maladie est sortie des années 90 affaiblie, mais non abattue, en grande partie grâce aux efforts infatigables des professionnels de la santé qui, par leur engagement, ont toujours visé d'abord et avant tout à protéger leurs patients. Ils ne peuvent toutefois maintenir leur effort à ce niveau. Les prestataires de soins de santé du Canada et les établissements où ils œuvrent sont à la limite de leurs possibilités.

Au cours de la dernière décennie, d'innombrables études ont essayé de déterminer ce qui ne va pas avec le système de santé du Canada. Il ne s'est toutefois pas fait grand-chose pour régler les problèmes cernés dans les rapports parce que très peu d'entre eux présentaient un plan directeur et des recommandations concrètes sur la façon d'instaurer des changements. Les gouvernements ont en outre pris beaucoup de décisions sur le système de santé sans que les professionnels de la santé y contribuent réellement. Comme nous l'avons indiqué dans notre premier mémoire, il est clair qu'une stratégie de «gestion du changement» fondée sur la collaboration et sur la participation dès le début, continue et significative de tous les intervenants clés s'impose.

Avant d'envisager des façons de régler les problèmes du système de santé, il est toutefois essentiel d'établir une vision commune de ce système. Les efforts déployés à cette fin ne manquent pas, mais ceux qui ont inclus les prestataires de soins de santé ou le public sont toutefois peu nombreux. L'AMC a établi sa propre vision d'un système de santé viable, sur laquelle reposent les recommandations que nous avons présentées dans ce mémoire.

Afin d'assurer la viabilité future de notre système de santé au Canada, des réformes structurelles et procédurales à long terme s'imposent. L'AMC propose cinq recommandations pour mettre en œuvre les trois «piliers intégrés de la viabilité» qui, globalement, rendront le système plus imputable et transparent. Ces piliers serviraient aussi d'assise à partir de laquelle on pourrait s'attaquer aux nombreux problèmes à court et à moyen terme que l'assurance-maladie connaît aujourd'hui et connaîtra demain. Nous présentons à cette fin 25 recommandations comportant des moyens précis de régler ces problèmes critiques.

Les trois «piliers» sont : une Charte canadienne de la santé, une Commission canadienne de la santé et un renouvellement du cadre législatif fédéral.

Une Charte canadienne de la santé mettrait en évidence l'engagement commun que les gouvernements ont pris d'assurer que les Canadiens auront accès à des soins de santé de qualité dans un délai acceptable. Elle présenterait en outre clairement une politique nationale de santé qui définirait notre compréhension collective de l'assurance-maladie, ainsi que les obligations et les droits mutuels des Canadiens, des prestataires de soins de santé et des gouvernements. Une telle charte garantirait que l'on suivra une stratégie rationnelle, factuelle et fondée sur la collaboration pour gérer et moderniser le système de santé du Canada.

Parallèlement à la Charte canadienne de la santé, une Commission canadienne de la santé permanente et indépendante serait chargée de promouvoir l'imputabilité et la transparence dans le système. Elle devrait surveiller l'observation des dispositions de la Charte et les progrès réalisés

en la matière, présenter à la population canadienne un compte rendu du rendement du système de santé et conseiller régulièrement la Conférence des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux au sujet d'enjeux nationaux clés des soins de santé.

Reconnaissant les obligations fédérales et provinciales–territoriales communes à l'égard du système de santé, la Charte canadienne de la santé viserait notamment à renforcer le caractère national du système de santé. On s'attendrait à ce que le gouvernement fédéral prenne des engagements importants à de nombreux égards, y compris une révision de la Loi canadienne sur la santé, des modifications des transferts fédéraux aux provinces et aux territoires, ainsi qu'une révision de la législation fiscale fédérale.

Même si ces trois «piliers» viseront à résoudre les problèmes structureux et procéduraux plus généraux auxquels fait face le système de santé du Canada, beaucoup d'autres changements s'imposent pour répondre aux besoins particuliers du système, à court et à moyen terme. L'AMC a présenté des recommandations précises dans les domaines clés suivants :

- contribution et imputabilité significatives des intervenants;
- définition du système de santé public (p. ex., services de base, «soupape de sûreté», santé publique, santé des Autochtones);
- investissement dans le système de santé (p. ex., ressources humaines, infrastructure immobilisée, capacité de pointe, technologie de l'information et recherche et innovation);
- financement du système de santé;
- organisation et prestation des services (p. ex., prise en considération du continuum complet des soins, rémunération des médecins, santé en milieu rural, secteur privé, secteur bénévole et aidants naturels).

Voici un résumé des recommandations clés présentées dans *Ordonnance pour la viabilité*. Même si nous avons cherché à présenter les recommandations d'une manière aussi descriptive que possible, nous encourageons les lecteurs à consulter la partie correspondante de ce document, le cas échéant, pour y trouver d'autres détails. Les cinq premières recommandations portent spécifiquement sur les trois piliers. Les autres portent sur les besoins plus précis et immédiats du système de santé.

Recommandation 1

Que les gouvernements du Canada adoptent une Charte canadienne de la santé qui :

- réaffirme le contrat social que constitue l'assurance-maladie;
- reconnaît les rôles continus des gouvernements dans la coordination globale et la planification des services de santé;
- établit les droits à l'accessibilité et à la transférabilité des résidents du Canada et leurs responsabilités à cet égard;
- établit les droits et les responsabilités des gouvernements, des prestataires et des patients au Canada;
- prévoit la création d'une «Commission canadienne de la santé».

Recommandation 2

Que l'on établisse une Commission canadienne de la santé permanente et indépendante des gouvernements. Le mandat de la Commission consisterait notamment à :

- surveiller l'observation de la Charte canadienne de la santé;

- présenter aux Canadiens un rapport annuel sur le rendement du système de santé et l'état de santé de la population;
- conseiller la Conférence des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé au sujet de grandes questions critiques.

Recommandation 3

Que le gouvernement fédéral entreprenne une étude de la *Loi canadienne sur la santé* afin de la modifier pour :

- y enchâsser la Charte canadienne de la santé;
- prévoir la création de la Commission canadienne de la santé;
- permettre une définition plus générale des services de base et de certains frais de services à certaines conditions.

Recommandation 4

- a) Que la contribution du gouvernement fédéral au système de soins de santé financé par le Trésor :
- soit harmonisée avec la revue quinquennale du programme fédéral de péréquation;
 - soit bloquée pendant cinq ans et indexée en fonction d'une moyenne mobile triennale du PIB par habitant;
 - augmente pour atteindre un objectif fixé à 50 % des dépenses de santé par habitant que les provinces/territoires consacrent aux services de base;
 - prévoie que l'on réservera en théorie des fonds pour la santé.
- b) Que le gouvernement fédéral crée des fonds ponctuels spéciaux totalisant 2,5 milliards de dollars en cinq ans (ou qu'il s'appuie sur les fonds existants) pour s'attaquer aux enjeux pressants dans les domaines suivants :
- planification des ressources humaines de la santé;
 - infrastructure immobilisée;
 - technologie de l'information;
 - fonds d'accessibilité.

Recommandation 5

Que le Parlement établisse un groupe d'experts qui collaborera avec la Commission canadienne de la santé à l'examen des dispositions en vigueur de la législation fiscale fédérale dans le but de trouver des moyens d'améliorer l'appui accordé aux objectifs des politiques de santé par la politique fiscale.

Recommandation 6

Que les gouvernements et les administrations régionales de la santé lancent des efforts importants pour amener les médecins actifs à participer et à contribuer à tous les niveaux de la prise de décisions dans le domaine des soins de santé ou améliorent ceux déjà déployés.

Recommandation 7

Que tous les Canadiens bénéficient d'un panier de services de base à des conditions uniformes.

Recommandation 8

- a) Que l'on établisse la composition du panier de services de base et qu'on la mette à jour régulièrement afin de tenir compte des réalités de la prestation des soins de santé et des besoins des Canadiens.
- b) Que la composition des services de base ne soit pas limitée à son champ actuel, soit les services dispensés par les hôpitaux et les médecins, à condition que l'accès aux services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires ne soit pas compromis.

Recommandation 9

- a) Que l'on définisse la composition du panier des services de base et qu'on la mette à jour régulièrement dans le contexte d'un mécanisme fédéral-provincial-territorial légitime aux yeux de la population canadienne – soit les patients, les contribuables et les professionnels de la santé.
- b) Que les valeurs que constituent la transparence, l'imputabilité, le caractère factuel, l'inclusivité et l'équité procédurale caractérisent le mécanisme utilisé pour déterminer la composition du panier des services de base à couvrir par l'assurance-maladie.

Recommandation 10

- a) Que les gouvernements établissent un nouveau cadre de gouvernance du financement d'un panier de services de base afin d'assurer :
 - que les Canadiens ont un accès raisonnable aux services de base à des conditions uniformes, dans l'ensemble des provinces et des territoires;
 - que les gouvernements, les prestataires et les patients sont tenus de rendre compte de l'utilisation des ressources consacrées aux soins de santé;
 - qu'aucun Canadien ne se verra refuser des services de base à cause de sa situation financière personnelle.
- b) Que l'on modifie la législation afin de permettre le partage des coûts pour au moins certains services de base, à des conditions uniformes, dans l'ensemble des provinces et des territoires.
- c) Que lorsqu'on aura défini le panier de services de base, des niveaux minimaux de financement public de ces services s'appliquent de façon uniforme dans l'ensemble des provinces et des territoires et que l'on accorde à chaque gouvernement la marge de manœuvre nécessaire pour porter la part du financement public au-dessus de ces niveaux.

Recommandation 11

- a) Que le système de santé du Canada élabore et applique des normes convenues sur l'accès aux soins en temps opportun et prévoie d'autres choix de soins – une «soupape de sûreté» – au Canada ou ailleurs si le système financé par l'État ne réussit pas à se conformer à ces normes.
- b) Que l'on procède de la façon suivante pour assurer que les gouvernements doivent rendre compte de la prestation en temps opportun de soins de qualité.
 - Les gouvernements doivent d'abord établir, au sujet de la qualité et des périodes d'attente, des lignes directrices et des normes claires fondées sur des données probantes et que les patients, les prestataires et les gouvernements jugent raisonnables. Il faut établir un mécanisme tiers indépendant pour mesurer les périodes d'attente et d'autres dimensions de la qualité des soins de santé et pour en faire rapport.
 - Deuxièmement, les gouvernements doivent établir une politique claire précisant que si le système de santé financé par le secteur public ne réussit pas à se conformer aux normes convenues et prescrites sur l'accès en temps opportun aux services de base, les patients doivent alors avoir accès à d'autres options qui leur permettront d'obtenir les soins requis par d'autres moyens. Le financement public au taux de sa province de

résidence suivrait alors le patient. Les patients pourraient acheter de l'assurance par anticipation afin de couvrir tout écart des coûts.

Recommandation 12

- a) Que les gouvernements pratiquent de saines politiques publiques en faisant des répercussions sur la santé la considération première de toute loi, politique ou directive.
- b) Que le gouvernement fédéral prévoie du financement de base pour aider les autorités provinciales et territoriales à améliorer la coordination des efforts de prévention, de détection des problèmes et d'intervention en matière de santé publique, chez les dirigeants des milieux de la santé publique, les éducateurs, les prestataires de services communautaires, les prestataires de services de santé au travail et les services d'urgence.
- c) Que les gouvernements investissent dans les ressources humaines, l'infrastructure et la formation nécessaires pour établir un système de santé public adéquat et efficace capable de prévenir les problèmes de santé publique, de les repérer et d'y réagir.
- d) Que les gouvernements entreprennent une étude immédiate de l'autosuffisance du Canada sur les plans de la prévention et de la détection des problèmes émergents en santé publique et des interventions visant à les corriger, et qu'il facilite en outre un processus inclusif et continu afin d'établir des priorités nationales en matière de santé publique.

Recommandation 13

Que le gouvernement fédéral adopte une stratégie intégrée afin d'améliorer l'état de santé des peuples autochtones, qui comportera un partenariat entre les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les universités et les communautés autochtones.

Recommandation 14

- a) Que le gouvernement fédéral établisse un Fonds d'éducation et de formation des ressources humaines en santé d'un milliard de dollars et d'une durée de cinq ans pour (1) augmenter davantage l'inscription en formation médicale prédoctorale et postdoctorale (y compris le nombre de postes de réintégration), (2) étendre l'infrastructure (ressources humaines et physiques) des 16 facultés de médecine du Canada afin qu'elles puissent accueillir l'inscription accrue et (3) améliorer les programmes d'éducation médicale continue.
- b) Que le gouvernement fédéral augmente le financement destiné aux établissements de formation postsecondaire afin d'alléger certaines des pressions qui font grimper les frais de scolarité.
- c) Que le gouvernement fédéral améliore les systèmes d'aide financière aux étudiants en médecine afin qu'ils soient (1) non coercitifs, (2) mis sur pied parallèlement à toute augmentation des frais de scolarité ou avant celle-ci, (3) directement proportionnels à l'augmentation des frais de scolarité et (4) fixés à des niveaux qui répondent aux besoins des étudiants.
- d) Que l'on intègre des incitatifs aux programmes d'éducation médicale afin d'assurer que suffisamment d'étudiants choisissent la discipline de la médecine où le besoin est le plus grand.

Recommandation 15

- a) Que les gouvernements et les communautés fassent tous les efforts possibles pour garder les médecins canadiens au Canada, par des méthodes non coercitives, et pour optimiser l'utilisation des ressources humaines actuelles de la santé afin de répondre aux besoins des communautés canadiennes dans le domaine de la santé.

- b) Que le gouvernement fédéral collabore avec d'autres pays pour réglementer et coordonner équitablement la mobilité internationale des ressources humaines de la santé.
- c) Que les gouvernements adoptent un énoncé de principe qui reconnaîtra la valeur des effectifs de la santé dans la prestation de soins de qualité, ainsi que le besoin d'offrir de bonnes conditions de travail, une rémunération concurrentielle et des possibilités de perfectionnement professionnel.

Recommandation 16

- a) Que l'on établisse un organisme national multilatéral où seront représentés les professions de la santé et tous les paliers de gouvernement et qui sera chargé d'élaborer des stratégies intégrées de gestion des ressources humaines de la santé, de fournir des outils de planification à utiliser à l'échelon local et de surveiller continuellement l'offre, la composition et la répartition des effectifs.
- b) Que l'on définisse les champs de pratique de façon à servir les intérêts des patients et de la population en toute sécurité, de façon efficiente et avec compétence.

Recommandation 17

- a) Que les hôpitaux et d'autres établissements de soins de santé dressent un inventaire coordonné de l'infrastructure immobilisée afin de fournir aux gouvernements une évaluation exacte des appareils et du matériel.
- b) Que le gouvernement fédéral établisse un fonds ponctuel de rattrapage pour rétablir l'infrastructure immobilisée à un niveau acceptable. (Voir recommandation 4b.)
- c) Que les gouvernements s'engagent à fournir un financement continu et suffisant pour l'infrastructure immobilisée.
- d) Que l'on explore des partenariats publics-privés (P3) comme autres sources viables de financement des investissements dans l'infrastructure immobilisée.

Recommandation 18

Que le gouvernement fédéral collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et ceux d'autres pays pour assurer qu'on met en place un solide système d'intervention d'urgence disposant d'un financement suffisant afin d'améliorer la capacité de pointe.

Recommandation 19

Que le gouvernement fédéral effectue un investissement national supplémentaire important et soutenu dans la technologie de l'information et les systèmes d'information afin d'améliorer l'état de santé des Canadiens, ainsi que l'efficacité et l'efficacités du système de santé.

Recommandation 20

Que les gouvernements adoptent des normes nationales pour faciliter la collecte, l'utilisation et l'échange d'information électronique sur la santé, tout en veillant à ce que prime la préoccupation de protection de la vie privée et de la confidentialité des renseignements personnels des patients.

Recommandation 21

Que le gouvernement fédéral augmente son investissement dans la recherche en santé pour le porter à au moins 1 % des dépenses nationales de santé.

Recommandation 22

- a) Que l'engagement pris par les gouvernements provinciaux et territoriaux de financer les services de base soit bloqué pendant une première période de cinq ans et indexé en fonction des caractéristiques démographiques de la population de la province et de l'inflation.
- b) Que les gouvernements établissent un fonds de prévoyance réservé à la santé afin d'atténuer les effets des fluctuations du cycle économique et de stabiliser davantage le financement des soins de santé.

Recommandation 23

Que tout effort visant à modifier l'organisation ou la prestation des soins médicaux tienne compte de son impact sur l'ensemble du continuum des soins.

Recommandation 24

- a) Que les gouvernements collaborent avec les associations médicales des provinces et des territoires et d'autres intervenants pour s'appuyer sur les réussites des projets évalués portant sur les soins primaires afin de mettre au point tout un éventail de modèles de soins primaires qui :
 - conviendraient à la gamme complète des contextes géographiques;
 - comporteraient des critères d'implantation de projets pilotes à plus grande échelle, par exemple, l'efficacité des coûts, la qualité des soins et la satisfaction des patients et des prestataires.
- b) Que les médecins de famille demeurent les prestataires et les coordonnateurs centraux de l'accès en temps opportun aux services médicaux financés par l'État afin d'assurer l'intégralité et l'intégration des soins, et que suffisamment de ressources soient disponibles pour le permettre.

Recommandation 25

- a) Que les gouvernements établissent un plan national de coordination de l'accès le plus efficient aux services hautement spécialisés de traitement et de diagnostic.
 - Que ce plan inclue la création de centres d'excellence régionaux définis afin d'optimiser la disponibilité des services de spécialistes rares.
 - Que tout réaligement des services indemnise la relocalisation des prestataires et en tienne compte.
 - Que le gouvernement fédéral crée un Fonds d'accessibilité qui appuierait les centres d'excellence interprovinciaux de services hautement spécialisés.

Recommandation 26

Que les gouvernements respectent les principes contenus dans la politique de l'AMC sur la rémunération des médecins et les modalités des ententes dûment négociées.

Recommandation 27

Que les gouvernements collaborent avec les universités, les collèges, les associations professionnelles et les communautés afin d'élaborer pour le Canada une stratégie nationale sur la santé en milieu rural et éloigné.

Recommandation 28

Que le système de santé du Canada utilise de façon optimale le secteur privé dans la prestation des soins de santé financés par l'État, à condition qu'il se conforme aux mêmes normes de qualité que le système public.

Recommandation 29

Que les gouvernements étudient des façons de reconnaître et d'appuyer le rôle du secteur bénévole dans le financement et la prestation des soins de santé, notamment par de meilleurs crédits d'impôt.

Recommandation 30

Que les gouvernements appuient les contributions des aidants naturels par le régime fiscal.