

**Des générations en meilleure santé pour une
économie prospère**

Association médicale canadienne :

Mémoire présenté au Comité permanent des
finances dans le contexte des consultations pré-
budgétaires de 2013-2014

Le 6 novembre 2013



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.

Pour le compte de ses 80 000 membres et plus et de la population canadienne, l'AMC s'acquitte d'un vaste éventail de fonctions dont les principales comprennent la représentation en faveur de politiques et de stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures, la promotion de l'accès à des soins de santé de qualité, la facilitation du changement au sein de la profession médicale et l'offre de leadership et de conseils aux médecins pour les aider à orienter les changements de la prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est un organisme professionnel sans but lucratif qui représente la majorité des médecins du Canada et regroupe 12 associations médicales provinciales et territoriales et 51 organisations médicales nationales.

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

Sommaire

Dans l'exposé qu'elle présente au Comité permanent des finances de la Chambre des communes, l'Association médicale canadienne (AMC) discute du rôle important que doit jouer le gouvernement fédéral afin d'assurer que le système de santé du Canada sera rentable, redevable et accessible afin d'appuyer l'avantage économique du pays. Comme c'est le cas dans d'autres grands pays industrialisés, le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer pour assurer la répartition efficace des ressources de la santé et la bonne santé de la population canadienne.

Ce mémoire vise à présenter aux décideurs des recommandations dans des domaines qui relèvent déjà de la compétence fédérale et où le gouvernement du Canada peut contribuer à promouvoir la transformation des soins de santé afin d'améliorer la santé des Canadiens et le système de santé – enjeu qui est toujours en tête des priorités pour les Canadiens. Ces recommandations portent sur l'investissement fédéral dans une stratégie sur le soin des aînés, les déterminants sociaux de la santé, ainsi que l'innovation et la productivité dans le secteur de la santé.

Résumé des recommandations

Recommandation 1

L'AMC recommande que le gouvernement du Canada formule une stratégie nationale intégrée sur le soin des personnes âgées et y investisse, et collabore à cet effet avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi qu'avec les administrations municipales.

Recommandation 2

L'AMC recommande que du financement ciblé pour l'infrastructure de la santé soit admissible dans le cadre du prochain Plan Chantiers Canada afin d'appuyer la construction, la rénovation et la mise à niveau de centres de soins de longue durée.

Recommandation 3

L'AMC recommande que le gouvernement du Canada investisse 25 millions de dollars par année sur cinq ans dans une stratégie nationale sur la démence.

Recommandation 4

L'AMC recommande que le gouvernement du Canada établisse une stratégie nationale de prévention des blessures afin de déterminer les programmes qui connaissent du succès à cet égard, et de faciliter le partage des connaissances et des ressources qui permettront de les faire connaître à l'échelle nationale.

Recommandation 5

À l'appui d'une stratégie nationale sur les soins palliatifs, l'AMC recommande que le gouvernement du Canada effectue des recherches pour déterminer les programmes qui connaissent du succès à cet égard et faciliter le partage des connaissances et des ressources afin qu'il soit possible de reproduire ces programmes à l'échelle nationale.

Recommandation 6

L'AMC recommande que le gouvernement du Canada ajoute la santé aux facteurs dont le Cabinet doit obligatoirement tenir compte dans son processus décisionnel.

Recommandation 7

L'AMC recommande que le gouvernement fédéral établisse, en consultation avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les fournisseurs de soins de santé, l'industrie de l'assurance-vie et de l'assurance-maladie, ainsi qu'avec le public, un programme de couverture complète des médicaments d'ordonnance qui sera administré sous forme de remboursements aux régimes provinciaux, territoriaux et privés d'assurance-médicaments d'ordonnance afin d'assurer que tous les Canadiens auront accès aux pharmacothérapies médicalement nécessaires.

Recommandation 8

L'AMC recommande que le gouvernement du Canada établisse une stratégie intégrée d'amélioration de la santé des peuples autochtones comportant un partenariat entre les gouvernements, les organisations non gouvernementales et les communautés métisses, inuites et des Premières Nations, et qu'il investisse dans cette stratégie.

Recommandation 9

L'AMC recommande que le gouvernement fédéral annule les modifications apportées au Programme fédéral de services de santé provisoires jusqu'à ce que des consultations et un examen de programme appropriés aient eu lieu.

Introduction

Comme c'est le cas dans d'autres grands pays industrialisés, le gouvernement fédéral a un important rôle d'intendance à jouer pour assurer une répartition efficace des ressources liées à la santé et la bonne santé de la population canadienne. Ce rôle est crucial pour la productivité de la population active et la robustesse de l'économie.

Ce mémoire présente des recommandations concrètes et applicables sur la façon dont le gouvernement fédéral peut contribuer à transformer le système de santé du Canada et à améliorer l'état de santé de la population canadienne. Il porte sur trois domaines critiques où le fédéral doit investir : une stratégie sur le soin des personnes âgées, les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé, et l'innovation et la productivité dans le secteur de la santé. Les recommandations dans ce domaine sont harmonisées avec l'initiative de transformation des soins de santé de l'AMC, dont 134 organismes représentant des millions de Canadiens ont approuvé les principes¹.

1. Contribuer à une stratégie nationale sur le soin des personnes âgées

Question : Il est essentiel que le gouvernement du Canada participe et investisse si l'on veut répondre aux besoins croissants de la population canadienne à mesure qu'elle vieillit.

En 2036, le quart de la population du Canada devrait avoir plus de 65 ans. Le nombre de personnes du groupe d'âge le plus élevé – qui est le plus susceptible d'avoir de sérieux problèmes de santé – devrait augmenter encore plus rapidement : Statistique Canada prédit qu'en 2036, il y aura 2,6 fois plus de personnes de 80 ans qu'il y en a aujourd'hui².

Les patients de 65 ans ou plus engloutissent déjà presque la moitié des dépenses de santé du Canada (45 % en 2009)³. La façon de fournir des soins de santé durables et de grande qualité à tous les Canadiens à mesure que la population du pays vieillit préoccupe avec raison les gouvernements du Canada. La population canadienne aussi. Dans un sondage réalisé par Ipsos Reid pour le compte de l'AMC en juillet 2013, 83 % des répondants ont déclaré que les soins de santé au cours de leurs années de retraite les préoccupaient.

L'AMC recommande que le gouvernement du Canada formule une stratégie nationale intégrée sur le soin des personnes âgées et y investisse, et collabore à cet effet avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi qu'avec les administrations municipales.

¹ Pour la mise à jour la plus récente des « Principes devant guider la transformation des soins de santé » : <http://www.cma.ca/amc-communicues>

² Statistique Canada. Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2009 à 2036. Juin 2010. 91-520-XWF

³ ICIS. Soins de santé au Canada, 2011, 1.

Comme on le précise ci-dessous, l'AMC recommande que cette stratégie inclue des immobilisations adéquates dans les soins de longue durée, les soins à domicile, ainsi que dans les soins palliatifs et les soins de fin de vie pour garantir l'accès au continuum des soins. Il faudrait en outre investir dans des programmes afin de s'attaquer aux risques pour la santé qui sont liés à un problème en particulier, notamment la démence et les traumatismes causés par les chutes. Ces aspects, y compris les recommandations sur un investissement immédiat par le gouvernement du Canada, sont abordés plus en détail ci-dessous.

i) Assurer que les soins continus sont admissibles dans le cadre du nouveau Plan Chantiers Canada⁴

Comblant le manque d'options pour les bénéficiaires de soins de longue durée en service interne constitue un élément critique d'une stratégie intégrée sur le continuum des soins qui prévoit des moyens d'appui accrus aux services de soins à domicile et de soins communautaires. Des communautés d'un bout à l'autre du Canada font face à un problème commun, soit le manque de ressources nécessaires pour répondre comme il se doit aux besoins en logements et en soins de la population âgée. Même si le pourcentage des Canadiens âgés qui vivent dans des établissements de soins communautaires ou de soins de longue durée est à la baisse, plus la population vieillit rapidement, plus la demande de soins aux bénéficiaires internes augmentera.

Les temps d'attente courants dans le secteur des soins de longue durée contribuent au grand nombre de patients d'autres niveaux de soins (ANS) qui occupent des lits de soins actifs, problème majeur auquel fait face le système de santé du Canada. À plus de 3 millions de jours d'ANS, le nombre élevé de patients d'autres niveaux de soins dans les hôpitaux est un problème qui sévit d'un bout à l'autre du Canada⁵. Compte tenu de la différence entre le coût moyen des soins en hôpital par rapport aux soins de longue durée, si les patients d'autres niveaux passaient de l'hôpital à un centre de soins de longue durée, cela éviterait au système de santé des dépenses de quelque 2,3 milliards de dollars par année.

Le Conference Board du Canada a produit une prévision sur les lits qui est liée à l'augmentation du nombre des 75 ans et plus et basée sur la baisse de la demande du ratio de lits afin de refléter le virage plus marqué vers les services de soins communautaires et les possibilités de logement avec services de soutien dont on fait la promotion à l'échelon provincial. Compte tenu de ces hypothèses, au cours de la période de cinq ans terminée en 2018, on estime qu'il faudra 29 693 lits de plus, ce qui représentera un investissement national de 7,98 milliards de dollars.

Il est évident que le calendrier existant et prévu des projets provinciaux ne pourra répondre à la demande estimative. À la suite d'une étude des budgets provinciaux, les immobilisations courantes déjà engagées à l'échelon provincial représentent au moins 861 millions de

⁴ AMC. Le besoin d'une infrastructure de la santé. Mémoire présenté au ministre de l'Infrastructure, 1^{er} mars 2013. www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cmaSubmissions/2013/Health-Infrastructure_fr.pdf.

⁵ ICIS. 2012. Les soins de santé au Canada 2012 : Regard sur les temps d'attente.

dollars affectés au cours des dix prochaines années, ce qui représente quelque 3200 nouveaux lits. L'écart défavorable entre notre projection (29 693) et notre calcul des projets engagés par les provinces s'établit à 26 493 lits, pour un coût de 7,1 milliards de dollars.

L'AMC recommande que du financement ciblé pour l'infrastructure de la santé soit admissible dans le cadre du prochain Plan Chantiers Canada afin d'appuyer la construction, la rénovation et la mise à niveau de centres de soins de longue durée.

ii) Investir dans une Stratégie nationale de lutte contre la démence

Environ trois quarts de million de Canadiens vivent actuellement avec la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence et de déficit cognitif. Nos connaissances de la façon de limiter la démence sont limitées. Nous n'en comprenons pas à fond les causes et il n'y a pas de cure connue. Les personnes qui ont la démence peuvent vivre des années avec leur problème et elles finiront par avoir besoin de soins 24 heures sur 24. La démence coûte actuellement au Canada quelque 33 milliards de dollars par année en dépenses directes de soins de santé et en coûts indirects comme la perte de revenu chez les aidants naturels du patient.

Comme la prévalence de la démence augmentera inévitablement avec le vieillissement de la population au Canada, la Société Alzheimer du Canada prédit qu'en 2040, il en coûtera au pays 293 milliards de dollars par année⁶.

L'AMC recommande que le gouvernement du Canada investisse 25 millions de dollars par année sur cinq ans dans une stratégie nationale sur la démence.

L'investissement de 25 millions de dollars serait réparti ainsi :

- 10 millions de dollars pour appuyer la recherche sur des aspects clés de la démence, y compris la prévention, les traitements possibles et l'amélioration de la qualité de vie.
- 10 millions de dollars en appui accru aux aidants naturels, ce qui inclut à la fois de l'aide financière et des programmes visant à atténuer le stress que vivent les aidants naturels comme l'éducation, le renforcement des compétences spécialisées et la prestation de soins de répit et d'autres services de soutien.
- 5 millions de dollars pour le transfert des connaissances, la diffusion de meilleures pratiques et l'éducation et la formation afin d'appuyer :
 - un système intégré de soins facilité par la coordination et la gestion des cas efficaces;
 - un effectif renforcé dans le domaine de la démence, ce qui inclut la formation d'un nombre suffisant de spécialistes et l'amélioration des capacités de

⁶ Société Alzheimer du Canada. Une nouvelle façon de voir l'impact de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées au Canada. Basé sur une étude effectuée par RiskAnalytica. C. 2010

diagnostic et de traitement de tous les professionnels de la santé des premières lignes.

iii) Établissement d'une stratégie de prévention des blessures pour le Canada

Les chutes sont la principale cause de blessures chez les Canadiens âgés : elles entraînent 40 % des admissions dans les foyers de soins infirmiers, 85 % des hospitalisations liées à un traumatisme et presque 90 % du total des fractures de la hanche. L'Agence de la santé publique du Canada estime que les blessures chez les personnes âgées coûtent au Canada quelque 2 milliards de dollars par année en coûts directs de soins de santé⁷. Elles sont aussi une grande cause de la présence de patients d'autres niveaux de soins dans les hôpitaux à cause des pénuries dans les secteurs des soins à domicile, de la réadaptation et des soins de longue durée.

Il est possible de prévenir les chutes et de plus en plus de programmes régionaux au Canada déterminent et modifient les facteurs de risque de chute chez leurs clients et plus précisément chez les personnes âgées.

L'AMC recommande que le gouvernement du Canada établisse une stratégie nationale de prévention des blessures afin de déterminer les programmes qui connaissent du succès à cet égard, et de faciliter le partage des connaissances et des ressources qui permettront de les faire connaître à l'échelle nationale.

iv) Appuyer l'expansion des soins palliatifs au Canada

Les experts sont d'avis qu'une stratégie de soins palliatifs – combinée au traitement – produit de meilleurs résultats en réduisant la durée des hospitalisations et le nombre de décès en soins actifs. Au Canada, selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), de 16 % à 30 % seulement des patients ont accès à des services de soins palliatifs et de fin de vie⁸. Ces services ont tendance à être fournis en contexte institutionnel suivant un modèle de soins tertiaires ou intensifs. Comme les programmes de prévention des chutes, ils ont tendance à être offerts à l'échelle locale.

L'AMC appuie fermement une approche qui intègre les soins palliatifs aux soins chroniques dans la communauté, plus tôt dans l'évolution de l'état du patient.

À l'appui d'une stratégie nationale sur les soins palliatifs, l'AMC recommande que le gouvernement du Canada effectue des recherches pour déterminer les programmes qui connaissent du succès à cet égard et faciliter le partage des connaissances et des ressources afin qu'il soit possible de reproduire ces programmes à l'échelle nationale.

⁷ ASPC. Chez soi en toute sécurité – Guide de sécurité des aînés. 2005. Révisé en 2011.

⁸ ICIS. 2013. Soins hospitaliers en fin de vie pour les patients atteints du cancer.

2. Déterminants sociaux de la santé et équité en santé

Question : Il est crucial d'aborder les déterminants sociaux et économiques de la santé afin d'assurer l'amélioration des résultats pour la santé de la population canadienne.

Les recherches indiquent que la santé des populations est déterminée à 15 % par la biologie et la génétique, à 10 % par l'environnement physique, à 25 % par les interventions du système de santé et à 50 % par l'environnement social et économique⁹. Un système de santé solide est vital, mais des modifications de notre système de santé ne suffiront pas à elles seules pour améliorer les résultats pour la santé ou réduire les disparités qui existent actuellement au niveau du fardeau morbide et des risques pour la santé.

L'étude des déterminants sociaux et économiques de la santé a un rôle important à jouer lorsqu'il s'agit d'assurer la viabilité du système de santé. On estime qu'il est possible d'attribuer le cinquième des dépenses de santé au Canada à des disparités socioéconomiques. Ce sont des coûts de santé évitables qui sont liés à des problèmes comme la pauvreté, le logement médiocre, la méconnaissance de la santé et le chômage. En dollars de la santé de 2012, les coûts qu'il serait possible d'éviter représentaient 40 milliards de dollars de dépenses publiques¹⁰.

Beaucoup de ces déterminants sociaux et économiques s'inscrivent dans le domaine de compétence du gouvernement fédéral, comme la politique fiscale. La section qui suit précise comment le gouvernement fédéral peut contribuer à faire face aux déterminants sociaux de la santé et à réduire l'inégalité en santé.

i) Garantir de saines politiques publiques

Comme les déterminants sociaux et économiques de la santé ont un rôle important à jouer dans la santé des Canadiens, le processus de prise de décisions sur les politiques dans tous les ministères doit tenir compte de la santé. Il est possible d'y parvenir en faisant de la santé un des facteurs dont le cabinet doit obligatoirement tenir compte dans son processus décisionnel afin d'assurer que l'on y renforce les aspects des politiques et des programmes qui favorisent la santé tandis qu'on en évite ou atténue les retombées négatives possibles. Bref, on garantira que les politiques publiques sont saines.

Non seulement il serait possible de réduire les coûts des soins de santé, mais l'adoption de saines politiques publiques pourrait produire d'importantes retombées pour l'économie

⁹ Keon, Wilbert J. et Lucie Pépin (2008) *Politiques sur la santé de la population : Enjeux et options*. Disponible à : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/392/soci/rep/rep10apr08-f.pdf>

¹⁰ Agence de la santé publique du Canada (2004) *Réduire les disparités en santé - Rôles du secteur de la santé : Document de discussion*. Disponible à : publications.gc.ca/collections/Collection/HP5-4-2005F.pdf

canadienne. Des personnes en meilleure santé perdent moins de jours de travail et contribuent à la productivité globale de l'économie¹¹.

L'AMC recommande que le gouvernement du Canada ajoute la santé aux facteurs dont le Cabinet doit obligatoirement tenir compte dans son processus décisionnel.

ii) Accès aux médicaments d'ordonnance

L'accès universel aux médicaments d'ordonnance est généralement reconnu comme un élément des « aspects restés en suspens » de l'assurance-maladie au Canada. Ce que nous avons aujourd'hui, c'est un financement public et privé mixte des médicaments d'ordonnance. En 2011, l'ICIS a calculé que le secteur public a pris en charge 44 % des dépenses en médicaments d'ordonnance, les assureurs privés en ont payé 38 % et les intéressés en ont payé 18 % directement de leur poche¹². Le Québec est actuellement la seule province à offrir à sa population un régime universel d'assurance-médicaments d'ordonnance, que ce soit par l'assurance privée ou par un régime public, depuis 1997.

Les données indiquent que les niveaux de couverture de l'assurance-médicaments varient considérablement au Canada, ce qui préoccupe sérieusement. Selon Statistique Canada, presque un ménage sur 10 (7,6 %) a dépensé plus de 3 % de son revenu après impôt en médicaments d'ordonnance en 2008. D'une province à l'autre, cette plage a varié de 4,6 % en Alberta et 4,7 % en Ontario à 13,3 % à l'IPÉ¹³. De plus, 10 % des répondants canadiens à l'édition 2010 du Sondage international sur les politiques de santé réalisé par le Fonds du Commonwealth ont déclaré qu'ils n'avaient pas fait remplir une ordonnance ou avaient sauté des doses à cause du coût¹⁴. Une recherche réalisée par Ipsos Reid en 2012 a révélé que presque un ménage sur cinq (18 %) n'a pas d'assurance complémentaire qui couvrirait les médicaments d'ordonnance¹⁵.

L'édition 2011 de l'Enquête sur les dépenses des ménages de Statistique Canada montre clairement le fardeau imposé aux personnes âgées et aux Canadiens à faible revenu. Les ménages dirigés par une personne de 65 ans et plus ont dépensé en moyenne 50 % ou plus en médicaments d'ordonnance que tous les ménages¹⁶. Ceux des groupes de revenu les plus faibles sont trois fois moins susceptibles de faire remplir les ordonnances dont ils ont

¹¹ Munro, Daniel (2008) « Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits: The Case for Business Action on the Socio-Economic Determinants of Health. » *Le Conference Board of Canada*. Disponible à : www.conferenceboard.ca/Libraries/NETWORK_PUBLIC/dec2008_report_healthypeople.sflb

¹² Institut canadien d'information sur la santé. Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2011. Ottawa.

¹³ Statistique Canada. CANSIM Tableau 109-5012 – Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits, en pourcentage du revenu net d'impôt, Canada et provinces. www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir;jsessionid=4FF8F1A5D604C73873F71D9FDE6141C5. Consulté le 12/10/12.

¹⁴ Fonds du Commonwealth. 2010 Commonwealth Funds International Health Policy Survey. www.commonwealthfund.org/~media/Files/Surveys/2010/IHP%202010%20Toplines.pdf Consulté le 12/10/12.

¹⁵ Ipsos Reid. Supplementary health benefits research. www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/CMA-Benefits-Research-Survey_en.pdf. Consulté le 12/10/12.

¹⁶ Statistique Canada. CANSIM Tableau 203-0026. Consulté le 06/18/13.

besoin¹⁷. Ce facteur a des conséquences non seulement sur leur santé, mais aussi sur le système de santé. Les personnes incapables de gérer des problèmes traitables finissent souvent par être hospitalisées, ce qui coûte cher au système de santé.

L'AMC recommande que le gouvernement fédéral établisse, en consultation avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les fournisseurs de soins de santé, l'industrie de l'assurance-vie et de l'assurance-maladie, ainsi qu'avec le public, un programme de couverture complète des médicaments d'ordonnance qui sera administré sous forme de remboursements aux régimes provinciaux, territoriaux et privés d'assurance-médicaments d'ordonnance afin d'assurer que tous les Canadiens auront accès aux pharmacothérapies médicalement nécessaires.

iii) S'attaquer aux disparités en santé que vivent les communautés métisses, inuites et des Premières Nations

Au cours d'une consultation publique nationale qui a fait escale à Winnipeg le 4 février 2013, l'AMC a entendu parler des effets indésirables des inégalités et des disparités et de leurs répercussions sur la santé et le mieux-être des communautés métisses, inuites et des Premières Nations au Canada. Comme on le précise ci-dessous, les inégalités et les disparités au niveau des déterminants sociaux de la santé peuvent avoir un effet important sur la santé de la population.

Les communautés métisses, inuites et des Premières Nations au Canada affichent des taux plus élevés de maladies chroniques, de toxicomanie, de maladies mentales et de violence faite aux enfants. Le Conseil canadien de la santé signale que le taux de mortalité brut chez les Premières nations est plus élevé que la moyenne canadienne et l'espérance de vie, plus basse¹⁸. En 2009, l'UNICEF a signalé que le taux de mortalité infantile dans les réserves des Premières nations était sept fois plus élevé que la moyenne nationale¹⁹. Les taux de maladies infectieuses et de maladies chroniques sont beaucoup plus élevés chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits. Les taux de tuberculoses sont six fois plus élevés dans les populations des Premières Nations et 17 fois plus élevés dans les communautés inuites qu'ailleurs au Canada²⁰. Les taux de diabète sont plus élevés chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits – 15,5 % par rapport à un peu plus de 4,7 % chez les non-Autochtones²¹ et les communautés métisses, inuites et des Premières Nations affichent des taux plus élevés de maladies cardiaques et circulatoires, de maladies respiratoires et de troubles de la santé mentale²².

¹⁷ Mikkonen, Juha et Dennis Raphael (2010) Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Disponible à : http://www.theCanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf

¹⁸ Conseil canadien de la santé « The Health Status Of Canada's First Nations, Metis And Inuit Peoples », 2005, en ligne : <http://healthcouncilcanada.ca.c9.previewyoursite.com/docs/papers/2005/BkgrdHealthyCdnsENG.pdf> Consulté le 20 octobre 2010.

¹⁹ Centre de collaboration nationale de la santé autochtone et UNICEF Canada « Leaving no child behind - national spotlight on health gap for Aboriginal children in Canada » 2009, en ligne : www.nccah-ccnsa.ca/s_140.asp. Consulté le 20 novembre 2009

²⁰ Conseil de la santé, supra note 34.

²¹ CCNF, 2009, supra note 39.

²² Canada, Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (Ottawa : Santé Canada), en ligne : www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/index-fra.php Consulté le 4 novembre 2009.

Le logement constitue une préoccupation clé pour les communautés métisses, inuites et des Premières Nations. On estime qu'il manquera 130 000 unités de logement dans les communautés métisses, inuites et des Premières Nations entre 2010 et 2031, que 44 % des logements existants auront besoin de réparations importantes et qu'il faudra en remplacer complètement 18 %²³. Ce logement inadéquat peut entraîner de graves problèmes de santé. La qualité du parc de logements a un effet direct sur la santé à cause de l'exposition au plomb, aux moisissures et à d'autres toxines nuisibles pour la santé. Il faut intervenir afin d'élaborer, pour les Premières Nations, les Métis et les Inuits du Canada, une stratégie appropriée sur le logement qui tient compte d'arrangements sur le logement social qui prennent fin dans les réserves et en dehors de celles-ci.

L'accès aux soins de santé joue aussi un rôle dans la détermination de la santé. Il peut être difficile pour des communautés métisses, inuites et des Premières Nations. Beaucoup de personnes vivent dans des communautés qui offrent un accès limité aux soins de santé et doivent parfois parcourir des centaines de milles pour avoir accès aux soins²⁴. La prestation des services de santé pose en outre des défis au niveau des compétences entre le fédéral et les provinces. Des communautés métisses, inuites et des Premières Nations vivant dans des agglomérations urbaines du Canada ont aussi d'importants obstacles à surmonter pour avoir accès aux soins de santé. De plus, même lorsque les soins sont disponibles, il se peut qu'ils ne soient pas adaptés sur le plan culturel.

Le recours au Programme des services de santé non assurés (PSSNA) peut être problématique pour certaines Premières Nations. L'AMC croit savoir que les contraintes budgétaires peuvent entraîner une baisse de la qualité des services, des retards au niveau des traitements ou même, dans certains cas, un refus de services. Le gouvernement fédéral s'est certes engagé à maintenir les paiements affectés au programme des SSNA, mais l'AMC sait que le financement actuel ne suffit pas pour tenir compte de l'augmentation de la population autochtone, de l'ajout d'autres prestataires et du recours accru aux soins de santé à cause de l'état de santé lamentable de beaucoup des Premières Nations du Canada, ce qui préoccupe²⁵.

L'AMC recommande que le gouvernement du Canada établisse une stratégie intégrée d'amélioration de la santé des peuples autochtones comportant un partenariat entre les gouvernements, les organisations non gouvernementales et les communautés métisses, inuites et des Premières Nations, et qu'il investisse dans cette stratégie.

²³ Assemblée des Premières Nations (2013). Taking Action Together on Shared Priorities Towards a Fair and Prosperous Future: AFN Submission to the Council of the Federation. Disponible à : www.afn.ca/uploads/files/13-07-23_afn_submission_to_cof_2013.pdf

²⁴ Bowen, S. L'accès aux services de santé for Underserved Populations.

²⁵ Assemblée des Premières Nations (2011) Structural Transformation & Critical Investments in First Nations on the Path to Shared Prosperity. Mémoire prébudgétaire, 2011. Disponible à : www.afn.ca/uploads/files/2011-pre-budget-submission.pdf

iv) Rétablir la couverture en vertu du Programme fédéral de services de santé provisoires

L'AMC et d'autres organisations des secteurs de la médecine, de la santé et des services sociaux ont recommandé d'annuler les modifications du Programme fédéral de services de santé provisoires jusqu'à ce qu'on ait tenu une consultation appropriée. Cette consultation servirait à définir des possibilités d'atteindre les objectifs de réduction des coûts fixés par le gouvernement du Canada tout en maintenant équitablement la couverture des soins de santé pour les bénéficiaires du programme. Cette consultation n'a pas encore eu lieu.

On a justifié les modifications du programme principalement par des réductions estimées à 20 millions de dollars par année des coûts des soins de santé pris en charge par le gouvernement fédéral. Comme en témoignent les déclarations récentes des ministres provinciaux de la Santé à la suite de la réunion des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé du 3 octobre, ces réductions prévues des coûts ne seront pas susceptibles de se concrétiser.

L'AMC craint que les coûts du programme n'aient été déléstés sur les systèmes de santé des provinces, les organismes de bienfaisance et d'autres programmes et organismes publics offrant des services. De plus, il règne une importante confusion au sujet de l'augmentation du fardeau administratif qui découle de l'obligation imposée au secteur de la santé par les changements continuels du programme.

L'AMC recommande que le gouvernement fédéral annule les modifications apportées au Programme fédéral de services de santé provisoires jusqu'à ce que des consultations et un examen de programme appropriés aient eu lieu.

3. Amélioration de la productivité et de l'innovation en soins de santé

L'AMC appuie l'engagement qu'a pris le fédéral de promouvoir, dans le secteur de la santé, un cadre d'innovation et de productivité qui viserait à appuyer l'instauration et l'expansion de l'innovation au niveau des technologies de la santé et des processus de prestation afin d'améliorer l'état de santé et la productivité. Dans ce cadre, l'AMC encourage le fédéral à se concentrer sur les mesures redditionnelles et les technologies de l'information sur la santé décrites ci-dessous.

i) Mécanisme d'imputabilité afin d'améliorer la productivité et la qualité des soins

En dépit de l'importance du secteur de la santé pour l'économie du Canada et la qualité de vie, on reconnaît en général qu'en soins de santé, le Canada n'est plus très performant par rapport à des pays semblables. Par exemple, Éco-Santé OCDE 2012 classe le Canada au septième rang par les 34 états membres pour ce qui est des dépenses de santé par personne, mais le système de santé du Canada continue de se classer derrière la plupart des pays

d'Europe comparables pour le rendement²⁶. Selon le rapport de prévision le plus récent publié par l'ICIS, les dépenses publiques de santé devaient franchir la barre des 200 milliards de dollars en 2012.

Selon l'OCDE, si le secteur de la santé au Canada devenait aussi efficient que celui de la plupart des pays où il est efficient, nous pourrions éviter 2,5 % du PIB en dépenses publiques d'ici 2017²⁷. La nécessité d'améliorer le rendement du système ne fera que s'intensifier à mesure que la demande de services de santé augmentera et que le système devra gérer efficacement le nombre croissant de Canadiens vivant avec une maladie chronique.

Les provinces et les territoires ont pris des mesures pour collaborer au partage des meilleures pratiques en soins de santé, mais le leadership fédéral s'impose afin d'aborder le rendement global du système de santé au Canada. Ce leadership inclut la collaboration avec les provinces et les territoires dans la détermination de paramètres nationaux qui lieront les dépenses à l'évolution de l'état de santé et à un rendement du système comparable à l'échelon national.

L'ICIS crée et réunit des données sur de nombreux indicateurs de la santé et a mis au point un cadre de mesure du rendement comportant une première série d'indicateurs qu'il dévoilera sous peu. Il n'y a pas actuellement de processus national d'établissement d'objectifs et de suivi des résultats et du rendement du système qui servirait à démontrer l'imputabilité aux Canadiens, à améliorer l'évolution de l'état de santé et le rendement du secteur de la santé.

L'AMC recommande que le gouvernement fédéral fasse participer les provinces et les territoires à un exercice de collaboration pour déterminer des mesures et des paramètres nationaux qui lieront les dépenses à l'évolution de l'état de santé et à un rendement du système comparables à l'échelon national.

ii) Maximiser la valeur des dossiers médicaux électroniques

La qualité, la sécurité et la continuité des soins aux patients pour tous les Canadiens pivotent sur l'informatisation de notre système de santé. Le Canada continue de réaliser des progrès dans l'adoption des technologies de l'information sur la santé (TIS). On prévoit que 70 % des médecins auront un système de dossiers médicaux électroniques (DME) d'ici 2014. Presque 90 % des examens et des rapports de radiologie les plus courants dans les hôpitaux de soins actifs du Canada sont maintenant numérisés, en hausse par rapport à quelque 38 % seulement il y a six ans.

Il y a toutefois encore beaucoup à faire pour partager l'information de façon plus efficace entre les soignants, donner aux patients accès à l'information clinique et optimiser l'utilisation

²⁶ Éco-Santé OCDE 2012 – <http://www.oecd.org/fr/sante/laugmentationdesdepensesdesantemarquelepos.htm>

²⁷ OCDE, Étude économique du Canada 2012. <http://www.oecd.org/fr/eco/etudes/etudeeconomiqueducanada2012.htm>

de ces systèmes. Les progrès piétinent dans les domaines suivants, notamment : besoins en DME des spécialistes, recherche appliquée, interopérabilité locale, outils d'aide à la décision et d'analyse.

Comme les progrès piétinent dans ces domaines, les Canadiens ne bénéficient pas de ces avantages au point d'intervention : comparaisons entre patients d'un même cabinet, comparaison entre cabinets, facilitation de la surveillance de maladies sentinelles et approche des soins primaires basée sur la santé des populations, par exemple, ce qui permettrait aux patients d'obtenir électroniquement de leurs fournisseurs de l'information uniforme et plus compréhensible par des portails, par courrier électronique et par d'autres moyens électroniques.

Si nous jetons un regard vers l'avenir – et en particulier sur les trois prochaines années – il faut recadrer la discussion pour délaissier l'infrastructure des TIS en faveur des moyens d'en tirer des avantages. À cette fin, il faut investir pour assurer que les efforts déployés jusqu'à maintenant sont exploités à fond et aident à obtenir de meilleurs résultats chez les patients. Le comité constitué de représentants de l'AMC et des associations médicales provinciales et territoriales s'est penché sur la question et a formulé une recommandation afin de cibler les investissements dans les TIS. Ces investissements sont décrits ci-dessous.

L'AMC recommande que le gouvernement du Canada affecte 545 millions de dollars de la façon suivante :

- 200 millions de dollars pour aider 10 000 médecins de plus qui ne sont pas couverts par les programmes actuels.
- 200 millions pour appuyer la gestion du changement en faveur de l'adoption du DME.
- 10 millions pour appuyer le transfert des données (c.-à-d. que les cliniques doivent adopter de nouveaux produits).
- 100 millions pour appuyer des solutions d'interopérabilité locale.
- 5 millions pour appuyer le Collectif de normalisation.
- 20 millions pour appuyer la recherche sur l'efficacité des TIS.
- 5 millions pour appuyer des solutions d'intégration des guides de pratique clinique (GPC).
- 5 millions pour la recherche appliquée sur un portail des patients.

Cet investissement supplémentaire profiterait aux patients, aux fournisseurs et aux gouvernements du Canada en améliorant le soin des patients et le rendement des systèmes de santé. L'utilisation appropriée des technologies de l'information sur la santé contribuera en outre à rendre le système de santé plus efficace à l'appui de la compétitivité économique du Canada.

Conclusion

La collaboration avec les provinces et les territoires et les fournisseurs de soins de santé pour fournir de meilleurs soins à toute la population canadienne en améliorant la productivité et l'innovation constitue un défi stratégique, et le leadership et la participation du fédéral s'imposent si l'on veut le relever.

L'AMC est d'avis que le gouvernement du Canada devrait donner suite aux recommandations présentées dans ce mémoire et collaborer avec les intervenants afin de contribuer en bout de ligne à optimiser l'état de santé des Canadiens et à fournir les services de santé de façon plus efficace et rentable.