

**DES INVESTISSEMENTS MODESTES — DES GAINS
MAXIMUMS POUR LA SANTÉ DES CANADIENS**

**Mémoire soumis au
Comité permanent des finances
de la Chambre des communes**



**Canadian Healthcare Association
Association canadienne des soins de santé**

Août 2010

SOMMAIRE

Depuis près de 80 ans, l'Association canadienne des soins de santé (ACS) est une championne reconnue d'un système de santé viable et responsable qui donne accès à un continuum de services comparables à la grandeur du pays, tout en soutenant un système public fort, comme composante essentielle et fondamentale de ce système. L'ACS jouit d'une solide réputation et d'un grand respect comme organisation indépendante et non partisane.

Dans le contexte qui prévaut actuellement, l'ACS croit en ce qui suit :

- ✓ Une économie saine est créée, soutenue et renforcée par des Canadiens en santé.
- ✓ Pour garder les Canadiens en santé, il faut un engagement à y consacrer le financement approprié et prévisible.
- ✓ La santé d'une nation ne repose pas seulement sur la prestation de services médicaux et il importe d'accorder une attention égale à d'autres déterminants de la santé, comme le niveau de revenu, le niveau d'instruction et l'emploi.
- ✓ La prévention de la maladie et la promotion de la santé sont des approches importantes pour optimiser la santé et assurer la durabilité du système de santé.
- ✓ Les crédits d'impôt (non remboursables) ne sont pas la solution aux pressions actuelles.
- ✓ Les initiatives visant à soutenir les aidants naturels soulageront les pressions qui s'exercent pour ce secteur de la population canadienne.

RECOMMANDATIONS :

1. Optimiser la main-d'œuvre sanitaire du Canada.
L'ACS recommande la création d'un observatoire national des RHS pour favoriser une compréhension générale des défis et des besoins en RHS et leur planification cohérente dans les provinces et territoires. Les fonds nécessaires pour déterminer et mettre en place un modèle adéquat seraient d'environ 1 million \$ sur deux ans.
2. Prioriser la prévention de la maladie et la promotion de la santé.
L'ACS recommande que le budget de 2011 prolonge le financement de ParticipACTION et l'augmente à 9 millions \$ sur une période additionnelle de trois ans en accordant une attention spéciale aux groupes à haut risque comme les jeunes enfants, les aînés, les populations autochtones et les personnes atteintes d'une maladie chronique.
3. Améliorer la vie des aidants naturels.
 - A. Nouvelle disposition au RPC/RRQ pour les aidants naturels
L'ACS recommande l'ajout d'une disposition au RPC/RRQ pour permettre l'ajustement du calcul de la rente des Canadiens qui ont consacré du temps de travail pour agir comme aidant naturel ou pour permettre à ces aidants naturels qui quittent le marché de l'emploi afin de soigner un proche de maintenir leurs cotisations au RPC/RRQ.
 - B. Prestations de soignant
L'ACS recommande que le montant réservé pour les prestations de soignant soit traité de la même façon que le montant réservé pour les prestations de maternité. Les prestations devraient être basées sur le nombre d'heures de soins prodigués et la capacité de gain du soignant.
4. Utiliser la technologie pour assurer l'accès équitable et la prestation des services de santé
L'ACS recommande que le gouvernement fédéral offre un plus grand soutien à des firmes canadiennes établies et émergentes qui développent des TI et des technologies de soins de santé basées sur les télécommunications, par des mécanismes existants tels que le Programme d'aide à la recherche industrielle du Conseil national de

recherches Canada et les activités de placement de capital de risque de la Banque de développement du Canada.

L'Association canadienne des soins de santé (ACS) est la seule fédération d'associations et d'organisations provinciales et territoriales en santé du Canada. L'ACS est une championne reconnue d'un système de santé viable et responsable qui donne accès à un continuum de services comparables à la grandeur du pays, tout en soutenant un système public fort comme composante essentielle et fondamentale de ce système.

L'ACS désire remercier les membres du Comité permanent des finances de la Chambre des communes de lui donner l'occasion de contribuer aux délibérations sur le prochain budget fédéral. Conscients que nous sommes en période de récession mondiale, nous devons exercer une diligence encore plus grande lorsque nous demandons du financement pour des changements au système de santé qui entraînent des dépenses publiques. L'ACS cible des investissements qui ont le plus grand potentiel de renforcer notre système de santé et d'améliorer la santé des Canadiens, à savoir :

- des investissements dans les ressources humaines en santé
- des investissements qui auront des incidences sur la santé des Canadiens
 - prévention et promotion / gestion des maladies chroniques
 - soutien aux aidants naturels
- des investissements dans les technologies qui soutiennent un accès équitable et la prestation des services de santé

Aspects importants à prendre en considération

1. Le secteur de la santé est un moteur économique

La santé, comme secteur d'activité, apporte une contribution vitale à l'économie canadienne. Comme service public, elle a une incidence positive énorme sur la compétitivité économique du Canada. Notre système de santé public est réputé sur la scène internationale pour assurer la santé des travailleurs et offrir aux entreprises établies au Canada un avantage concurrentiel distinct. Les investissements dans le secteur de la santé sont en fait des investissements dans notre économie.

2. Il est crucial pour la santé des Canadiens que le gouvernement fédéral fasse montre de leadership et de responsabilité.

Bien que la prestation des services de santé soit une responsabilité provinciale et territoriale, le gouvernement fédéral a toujours utilisé son pouvoir constitutionnel de dépenser pour faire valoir la *Loi canadienne sur la santé* et réaliser des objectifs pancanadiens en matière de santé. L'ACS appuie cette approche pancanadienne, tout en ayant conscience que les provinces et territoires ont besoin de souplesse pour s'adapter à leurs situations particulières. Il est nécessaire d'injecter des fonds dans des programmes sanitaires et sociaux et de réduire les impôts pour atténuer la pauvreté et améliorer la santé et le bien-être social des Canadiens, même en cette période économique difficile.

3. L'indexation annuelle de 6 % doit être maintenue

Les réductions réelles de la dépense en santé du secteur public durant les années 1990 ont eu des répercussions majeures sur les programmes et services offerts aux Canadiens.¹ Le Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004 a apporté une contribution importante à l'amélioration du système de santé public du Canada. L'ACS considère que l'indexation de 6 % prévue au Plan décennal de 2004 doit être maintenue pour continuer à améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé. Toute mesure visant à réduire les transferts du fédéral aurait des répercussions néfastes sur les programmes actuels et futurs en santé. De récents sondages révèlent que les Canadiens considèrent toujours les soins de santé comme priorité absolue et ne veulent pas de réduction des services.

Quelles sont les recommandations de l'ACS en matière de programmes et de financement pour améliorer la santé des Canadiens?

1. Ressources humaines en santé (RHS) – Optimiser la main-d'oeuvre sanitaire du Canada

Il est de plus en plus largement reconnu que les ressources humaines en santé sont l'élément clé pour fournir et soutenir les interventions en santé qui permettront d'atteindre les objectifs et les cibles nationaux en santé. La main-d'œuvre sanitaire représente environ 10 % de la main-d'œuvre totale et de 60 à 80 % des budgets d'exploitation en santé sont alloués aux RHS. C'est pourquoi la formulation des politiques et la prise de décisions fondées sur des données probantes revêtent une telle importance. La définition et la description précises des RHS peuvent nous aider à mieux saisir les possibilités et les défis relatifs à l'amélioration de la qualité des services de soins de santé.

« Afin de passer de l'expérience quotidienne à une action contrôlée et fondée sur des bases factuelles, les décideurs des États membres aux niveaux local, national et international doivent d'abord disposer d'informations fiables sur la situation au regard des ressources humaines pour la santé, y compris des migrations. Le premier obstacle à surmonter tient au fait que les bases de données relatives à ces ressources sont incomplètes, qu'elles ne permettent pas d'effectuer des comparaisons et que la documentation fondée sur des bases factuelles disponible est très limitée et insuffisante; il est alors extrêmement difficile de tirer des enseignements, de prendre des décisions en connaissance de cause et d'élaborer de nouvelles politiques plus efficaces. »²

Bien que l'ICIS ait entrepris la collecte des données en RHS pour un certain nombre de professions de la santé, l'analyse, l'interprétation et le maillage des données provenant d'autres sources et la présentation de ces données sont souvent inadéquats, ce qui mène à une dichotomie entre les fournisseurs et les utilisateurs potentiels de l'information. Il est urgent de mieux gérer l'information en RHS pour orienter les politiques, la planification et la gestion des ressources humaines en santé. Dans un rapport de 2007, les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques énonçaient « ... il est aussi manifeste, en se fondant sur les entrevues réalisées avec des observateurs avertis dans le cadre de cette étude, que les gens sont profondément convaincus qu'en l'absence de progrès sensibles sur la question de la coordination de la planification des RHS au pays, les réalisations des diverses instances gouvernementales et des professions dans leurs efforts en vue d'assembler de meilleures données, d'élaborer de meilleurs modèles et de mieux prévoir les besoins en RHS à la lumière des besoins de la population en matière de santé (et d'une foule d'autres activités) pourront fort bien se traduire par un échec ». ³

Un rapport de l'OMS sur les politiques relatives au personnel sanitaire dans la région européenne a énoncé que : « L'évolution des besoins sanitaires, les nouvelles attentes de la population et la complexité induite par la mondialisation exigent la définition de règles claires en matière de ressources humaines. Ces règles doivent être élaborées au niveau national par les pouvoirs publics et par les professions concernées ». ⁴

Dans son sixième rapport, le Comité permanent de la santé a traité des défis auxquels font face les ressources humaines en santé et du rôle du gouvernement fédéral sur cette question et il a décrit de nouvelles approches à la planification et à la collaboration pancanadienne en matière de RHS. Les recommandations du Comité ont mené les observateurs et les témoins aux audiences du Comité à recommander la création d'un observatoire national des ressources humaines en santé. L'Inde et plusieurs pays d'Europe, des Amériques et des Caraïbes ont créé de tels observatoires avec succès.

L'expérience de la région des Amériques de l'OMS à cet égard a révélé que l'observatoire était un outil utile pour améliorer la production d'information et de faits probants et mieux sensibiliser aux questions de ressources humaines. Par ailleurs, l'Observatoire européen des systèmes de soins de

santé a donné lieu à la mise en place et à l'utilisation d'un observatoire des RHS qui a permis de bien suivre et d'analyser le développement des systèmes de santé en Europe.⁵

L'observatoire proposé aurait pour but d'amener les provinces et territoires à adopter une attitude plus progressiste et à partager leurs approches novatrices face aux défis posés par les RSH.

L'observatoire ne serait pas une base de données statique ou un simple recueil de données statistiques sur la main-d'œuvre sanitaire, mais une ressource nationale et régionale moderne comportant des chiffres, des corrélations importantes entre les principaux déterminants de la main-d'œuvre sanitaire, des ratios ayant un lien opérationnel et politique avec les normes de références nationales et les cibles régionales. L'observatoire des RHS diffuserait de l'information et faciliterait le partage constant des meilleurs modèles ainsi que des pratiques et expériences fructueuses pour résoudre les problèmes de RHS.⁶ Il pourrait en outre être hébergé par un programme ou un organisme existant. Les fonds pourraient être dédiés au Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH) sur une base intérimaire, le temps d'examiner toutes les options raisonnables, d'élaborer un chemin critique et de trouver un lieu d'hébergement permanent pour l'observatoire.

L'ACS recommande la création d'un observatoire national des RHS pour favoriser une compréhension générale des défis et des besoins en RHS et leur planification cohérente dans les provinces et territoires. Les fonds nécessaires pour déterminer et mettre en place un modèle adéquat seraient d'environ 1 million \$ sur deux ans.

2. Des investissements qui auront des impacts positifs sur la santé des Canadiens

2.1 Des programmes qui aideront les Canadiens à adopter des modes de vie sains – Prévention de la maladie et promotion de la santé

L'ACS croit qu'il faut porter une plus grande attention au « bien-être » et aux « soins continus ». Sans nier l'importance des soins de courte durée, il est temps de prendre des décisions cruciales en matière de prévention de la maladie/promotion de la santé et de services de soins continus si l'on veut justement atténuer les pressions sur le secteur des soins de courte durée.

Au cours des prochaines années, l'ACS entend plaider en faveur d'une plus grande activité en matière de promotion de la santé et de prévention de la maladie et d'une véritable aptitude à réagir au rôle des déterminants sociaux à l'égard de la santé des Canadiens.

L'ACS croit que les crédits d'impôt non remboursables n'ont pas répondu aux besoins des Canadiens qui sont liés aux déterminants de la santé. Bien souvent, les besoins de la population sont mieux satisfaits par des programmes ciblés que par des crédits d'impôt et/ou des dépenses fiscales. Par exemple, un crédit d'impôt à un parent qui n'a pas les moyens d'inscrire son enfant dans un programme de hockey profite peu à ceux qui en ont le plus besoin. Les mesures fiscales qui soutiennent la santé ne remplacent pas les programmes ciblés auxquels tous les Canadiens ont un accès équitable.

Le pourcentage de fumeurs quotidiens parmi la population adulte du Canada a diminué de près de la moitié au cours des trente dernières années (passant de 34 % en 1980 à 17,3 % en 2005), mais il a depuis légèrement augmenté pour se fixer à 18,4 % en 2007. Les taux d'obésité chez les enfants et les jeunes ont presque triplé au cours des 25 dernières années et chez les adultes, ils sont passés de 12 % en 1994 à 15 % en 2007. L'obésité est l'un des principaux facteurs de risque pour les maladies cardiaques et les accidents cérébrovasculaires de même que pour le diabète de type 2. L'Agence de la santé publique du Canada prévoit que près de 2,8 millions de Canadiens seront atteints de diabète d'ici 2012.⁷ Nous devons continuer d'élaborer et de soutenir des stratégies novatrices pour promouvoir des modes de vie sains et de l'activité physique.

Dans son budget de 2007, le gouvernement fédéral a alloué 5 millions \$ sur deux ans pour le renouvellement de **ParticipACTION**. Ce financement visait à lancer une nouvelle campagne de sensibilisation du public pour encourager les Canadiens à demeurer actifs. Le budget fédéral de 2010 a prévu le versement d'un montant de 6 millions \$ sur deux ans à **ParticipACTION** pour continuer de promouvoir des modes de vie plus sains auprès des Canadiens.

L'ACS recommande que le budget de 2011 prolonge le financement de ParticipACTION et l'augmente à 9 millions \$ sur une période additionnelle de trois ans en accordant une attention spéciale aux groupes à haut risque comme les jeunes enfants, les aînés, les populations autochtones et les personnes atteintes d'une maladie chronique.

2.2. Des mesures pour améliorer la vie des aidants naturels

Les déterminants de la santé sont cruciaux en période de récession. La plupart des problèmes de santé sont attribuables aux conditions sociales dans lesquelles les personnes vivent et travaillent, notamment en ce qui a trait au revenu, au logement et à la sécurité alimentaire. Les récessions antérieures ont mené à des compressions budgétaires systématiques et à des changements rapides des politiques dans les secteurs de la santé et des services sociaux, dans l'objectif de réduire les déficits. La récession mondiale actuelle risque de voir renaître ces idéologies. Le bien-être physique, mental et social des Canadiens serait alors en péril.

Soutien aux aidants naturels

Au cours de la dernière décennie, le système de santé du Canada a subi de profonds changements. Des soins autrefois prodigués dans les hôpitaux et autres établissements sont maintenant offerts à domicile ou dans la collectivité. Cependant, les patients n'ont pas toujours accès au nombre d'heures de soins à domicile ou de soins de relève dont ils ont besoin.

Selon l'étude de Pollara de 2007 sur les soins de santé au Canada, 23 % des Canadiens ont donné des soins informels à un membre de leur famille ou à un ami ayant un problème de santé important et 41 % ont dû utiliser leurs économies personnelles pour survivre pendant cette période, ce qu'ils n'avaient pas prévu.⁸ D'un point de vue économique, il est donc essentiel d'élaborer une approche pancanadienne de soutien aux aidants naturels. En plus de la perte de revenu qui découle de l'arrêt de travail, il faut aussi tenir compte de la perte ou de la réduction des avantages offerts par les employeurs, des crédits au Régime de pensions du Canada, des possibilités de formation, de l'expérience acquise dans son domaine et même des promotions. Le geste d'équilibre économique, social et psychologique prodigué quotidiennement par les aidants naturels doit être reconnu à la lumière du fait que la valeur économique du travail non rémunéré, s'il fallait en assurer la prestation par des soignants rémunérés, pourrait atteindre 26 milliards \$.⁹

L'ACS a deux recommandations concernant les aidants naturels. La première porte sur le Régime de pension du Canada et le Régime des rentes du Québec (RPC/RRQ). Le gouvernement du Canada pourrait utiliser le RPC/la RRQ pour servir les intérêts des aidants naturels. Les règles de ces deux régimes permettent actuellement aux parents qui travaillent d'exclure du calcul de leur pension les années au cours desquelles leurs revenus ont été les moins élevés. Ainsi, les gains moyens sont plus élevés et le montant de la pension est également plus élevé. Aucune disposition n'existe pour les autres types d'aidants naturels. Le Comité sénatorial sur le vieillissement a recommandé au gouvernement fédéral d'envisager l'institution d'une disposition d'exclusion pour les aidants naturels dans le Régime de pension du Canada.¹⁰

L'ACS recommande l'ajout d'une disposition au RPC/RRQ pour permettre l'ajustement du calcul de la rente des Canadiens qui ont consacré du temps de travail pour agir comme aidant naturel ou pour permettre à ces aidants naturels qui quittent le marché de l'emploi afin de soigner un proche de maintenir leurs cotisations au RPC/RRQ.

Le programme de prestations de compassion, mis en œuvre dans le cadre du programme d'assurance-emploi (AE), verse des prestations à des personnes qui ont quitté temporairement leur travail pour prodiguer des soins ou offrir un soutien à un membre de leur famille souffrant d'une maladie grave. À la différence du programme de prestations de maternité, le programme de prestations de compassion ne prévoit pas une période d'absence suffisamment longue pour les aidants naturels. L'ACS suggère que les aidants naturels aient accès à une prestation de remplacement du revenu, tout comme les personnes qui reçoivent des prestations de congé parental. Les prestations devraient être établies selon le nombre d'heures de soins fournis et la capacité de gagner sa vie de l'aidant naturel.

L'ACS recommande que le montant réservé pour les prestations de soignant soit traité de la même façon que le montant réservé pour les prestations de maternité. Les prestations devraient être basées sur le nombre d'heures de soins prodigués et la capacité de gain du soignant.

Nous hésitons à chiffrer ces deux recommandations, car cette estimation relève du domaine des actuaires. Le coût de chacun de ces programmes dépendrait des revenus et de la durée d'emploi des personnes. La dépense serait proportionnelle au montant qu'ils ont versé dans le régime. C'est une question d'équité. Les parents et les aidants naturels devraient avoir un accès équitable au fonds auquel ils ont participé.

3. Utiliser la technologie pour assurer l'accès équitable et la prestation des services de santé

La technologie touche tous les aspects de nos vies. Depuis près de dix ans, l'ACS plaide en faveur du financement d'un dossier de santé électronique interexploitable. Les 500 millions \$ accordés à Inforoute Santé du Canada dans le budget de 2010 permettront la mise en place du dossier de santé électronique dans la communauté. Toutefois, il faut également moderniser les technologies de communication qui améliorent l'efficacité et l'efficience des services de santé. Le budget fédéral de 2009 énonçait que le Canada est l'un des pays les plus branchés au monde et possède la plus grande connexion à large bande des pays du G7. Il y a toutefois des lacunes dans l'accès à Internet dans certaines collectivités rurales et éloignées qui profiteraient le plus des services que permet l'Internet. Le budget de 2009 prévoyait 225 millions \$ sur trois ans pour instaurer une stratégie visant à étendre la connexion à large bande aux collectivités mal desservies.

Des lacunes en équipement sont en voie d'être comblées (connexion à large bande), mais il demeure des lacunes dans le domaine des applications novatrices de la technologie numérique. Les logiciels sont aussi importants que la connexion. Les Canadiens font un usage régulier des services en ligne (transactions bancaires, achats et recherche d'informations). Ils comptent sur la disponibilité et l'accessibilité de ces services. Ils s'attendent maintenant à des services comparables en soins de santé. Le gouvernement doit promouvoir l'innovation des sociétés canadiennes en vidéoconférence, en technologies électroniques en santé, et en d'autres méthodes de prestation des services de santé aux collectivités rurales et éloignées. Nous avons besoin d'une solution canadienne à un problème canadien. On peut dès maintenant trouver certains avantages à ces technologies, comme une réduction des coûts de déplacement pour raisons médicales; une réduction du stress chez les patients qui peuvent demeurer dans leur propre collectivité et avoir ainsi le soutien de la famille et des amis; et une meilleure utilisation des spécialistes et des autres fournisseurs de soins de santé. Ces

technologies peuvent aussi servir à offrir de la formation continue et du mentorat aux professionnels de la santé des régions rurales et éloignées.

L'ACS propose que le gouvernement contribue à accélérer le développement des technologies canadiennes dans les domaines de l'information et des communications (TIC) en vue d'augmenter l'utilisation de ces outils au Canada.

L'ACS recommande que le gouvernement fédéral offre un plus grand soutien à des firmes canadiennes établies et émergentes qui développent des TI et des technologies de soins de santé basées sur les télécommunications, par des mécanismes existants tels que le Programme d'aide à la recherche industrielle du Conseil national de recherches Canada et les activités de placement de capital de risque de la Banque de développement du Canada.

NOTE EN FIN DE TEXTE

¹ Les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) indiquent qu'entre 1990 et 2004, la part de la dépense publique en santé par rapport à la dépense totale a diminué de 4,7 %.

² OMS, Comité régional de l'Europe, 57^e session, septembre 2007. Politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/74541/RC57_fdoc09.pdf

³ McIntosh T, Torgerson R et Wortsman A, Passer à l'étape suivante : Options et appui en faveur d'un mécanisme pancanadien de planification multi-professionnelle des RHS, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, septembre 2007

⁴ OMS, Comité régional de l'Europe, 57^e session, septembre 2007. Politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/74541/RC57_fdoc09.pdf

⁵ Rigoli, F., & Arteaga, O. (n.d.). The experience of the Latin America and Caribbean Observatory of Human Resources in Health. *WHO International*. Consulté le 4 août 2010 à www.emro.who.int/hrh-obs/media/pdf/paho_hrh.pdf

⁶ Ce but est fondé sur l'Observatoire des ressources humaines de la Méditerranée orientale – région de l'Europe de l'OMS

⁷ Agence de la santé publique du Canada, Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète, 2009

⁸ Hollander M, Liu G et Chappell N. (2009) Who cares and how much? *Healthcare Quarterly*. Vol. 12 N° 2

⁹ Pollara, (2007) Soins de santé au Canada : sondage du 10^e anniversaire

¹⁰ Comité sénatorial spécial sur le vieillissement (2009). Rapport final : Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser.