

**INVESTIR DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIC : AMÉLIORER  
LE RENDEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ**

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

**par**

**l'Association canadienne des soins de santé**



**Novembre 2004**

## **INVESTIR DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIC : AMÉLIORER LE RENDEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ**

### **RECOMMANDATIONS DE L'ACS AU COMITÉ PERMANENT DES FINANCES DE LA CHAMBRE DES COMMUNES**

#### **1.0 INTRODUCTION**

L'Association canadienne des soins de santé (ACS) est la fédération des hôpitaux et des organismes de santé provinciaux et territoriaux du Canada. Par ses membres, l'ACS représente un vaste continuum de soins comprenant des soins actifs, des soins à domicile et en milieu communautaire, des soins de longue durée, des services de santé publique et de santé mentale, des soins palliatifs, des services de lutte contre la toxicomanie, des services aux enfants, aux jeunes et aux familles et des services d'hébergement. Elle représente également les professionnels et les organismes de réglementation professionnelle du domaine de la santé. Les services sont fournis par l'entremise des autorités régionales de la santé, des hôpitaux et des autres établissements et organismes qui servent les Canadiens et sont régis par des administrateurs qui agissent dans l'intérêt public.

L'ACS a pour mission d'améliorer la prestation des services de santé au Canada par l'élaboration de politiques, la défense de points de vue et le leadership. Les programmes de formation à distance de l'ACS, ses conférences et ses services de publication contribuent à lui assurer ce leadership national. L'ACS et ses membres sont déterminés à réaliser la vision d'un système de santé public qui offre à tous les Canadiens l'accès à un vaste éventail de services de santé comparables.

En conséquence, nous nous intéressons vivement aux travaux du Comité permanent des finances de la Chambre des communes et nous réjouissons de l'occasion qui nous est offerte d'exposer notre point de vue sur les liens entre les investissements appropriés du gouvernement fédéral dans le système de santé et le rendement de ce système de santé ainsi que l'atteinte des objectifs pancanadiens.

#### **1.1 La situation actuelle**

Au cours des dernières années, deux groupes de travail nationaux d'importance, la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada et le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (présidé par le sénateur Michael Kirby), ont conclu que les services prévus à la *Loi canadienne sur la santé* (à savoir les services hospitaliers et médicaux nécessaires fournis selon les besoins plutôt que selon la capacité de payer) comprennent un programme qui nous est cher, fondé sur des valeurs nationales liées au partage des risques et des responsabilités. Le plan de soins de santé sur lequel les premiers ministres se sont entendus en 2004 réitère un engagement envers ces valeurs.

Notre système de santé public est réputé mondialement comme étant un système qui assure la santé des travailleurs et offre aux entreprises installées au Canada un avantage concurrentiel distinct. (Par exemple, aux États-Unis, General Motors dépense plus d'argent pour les soins de santé de ses employés retraités que pour l'acier servant à la construction de ses automobiles.) En outre, le secteur de la santé est également une source potentielle de création de richesse, d'exportations et d'emplois du 21<sup>e</sup> siècle pour les Canadiens. Notre système à payeur unique permet de réaliser des économies d'échelle qui pourraient stimuler la mise en œuvre d'une industrie nationale de l'exportation, en tirant parti de l'excellente qualité de nos programmes de formation professionnelle en santé, des travaux de nos chercheurs, de nos systèmes de prestation de services et du développement des technologies de l'information. Nous ne devrions pas considérer les investissements consacrés à l'innovation et à la réforme du secteur de la santé comme des charges, mais y voir plutôt des incitatifs au développement de produits. Par ailleurs, même si nous reconnaissons le potentiel du secteur de la santé en matière de création d'emplois et d'exportations, nous ne suggérons pas d'importer le contrôle extérieur et/ou la prestation de services de santé au Canada, une inquiétude exprimée bien souvent, y compris dans le Rapport Romanow, concernant la participation du Canada aux négociations commerciales internationales. Il appartient aux Canadiens de décider du caractère futur de leur système de santé et cette question ne peut être exposée aux aléas des négociations commerciales.

Les sondages ont démontré que les Canadiens sont très attachés à leur système de santé public. Toutefois, il est également évident que les Canadiens n'ont pas confiance en la capacité de ce système d'offrir des soins de qualité en temps opportun, tant maintenant que dans le futur. Un nombre croissant de Canadiens et leurs familles s'inquiètent des situations suivantes : la surpopulation des salles d'urgence; le manque de personnel pour assurer les soins de première ligne (plus de 3,6 millions de Canadiens n'ont pas de médecin de famille) et le manque de certains spécialistes; la longueur des listes d'attente et des délais pour l'obtention des services de diagnostic (le Canada possède moins d'unités d'IRM par million d'habitants que la plupart des autres pays de l'OCDE) et pour les traitements chirurgicaux (29 % des Canadiens qui ont reçu des soins spécialisés au cours de la dernière année ont mentionné qu'ils avaient attendu trop longtemps. Il appert que nos délais d'attente pour l'accès à des traitements médicaux se comparent défavorablement aux délais qui ont cours dans les autres pays de l'OCDE); et le manque d'accès adéquat à des services médicaux nécessaires, allant des soins à domicile aux soins obstétricaux (dont certains ne sont pas prévus à la *Loi canadienne sur la santé*). Ces inquiétudes ont été exprimées lors de la récente réunion sur la santé au cours de laquelle les premiers ministres du Canada se sont entendus sur un Plan décennal pour consolider les soins de santé (ci-après nommé le Plan sur les soins de santé de 2004 ou l'Accord sur la santé de 2004). Lors de cette réunion, les premiers ministres ont convenu que l'accès à des soins en temps opportun dans tout le Canada constitue une priorité nationale.

Toutefois, la question du service ne se pose pas uniquement sous l'angle de l'accès et de la quantité, mais également sous l'angle de la sécurité et de la qualité. Ce sont d'ailleurs les préoccupations exprimées à cet égard qui ont mené à la création de l'Institut canadien sur la sécurité des patients (ICSP), en 2003. Un récent rapport de l'Institut canadien

d'information sur la santé (ICIS), qui se fonde sur une étude sur les événements indésirables produite conjointement par l'ICIS et Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), confirme la nécessité de se pencher sur les questions de sécurité et de qualité dans les hôpitaux et les autres milieux de santé. En 2000-2001, 7,5 % des admissions médicales et chirurgicales dans les hôpitaux de soins actifs non spécialisés du Canada ont donné lieu à des effets indésirables et 37 % de ces effets indésirables auraient pu être facilement évités. Il est donc essentiel d'investir dans la prévention des infections, l'amélioration de la qualité et la sécurité des systèmes.

En ce qui a trait à la santé publique, les épidémies causées par la bactérie *C. difficile*, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et l'encéphalopathie bovine fongiforme (EBS) ont démontré l'importance de renforcer notre système de santé publique en vue de protéger les Canadiens, le système de santé et l'économie nationale. L'ACS se réjouit de la création de l'Agence de santé publique du Canada et de la nomination d'un administrateur en chef de la santé publique du Canada, qui canaliserà les efforts déployés par le gouvernement canadien pour préserver la santé des Canadiens et assurer que le Canada est prêt à faire face aux urgences.

Pour ce qui est du vaste continuum de soins de santé, des projets pilotes portent à croire que l'élargissement de la gamme de services offerts (par exemple, l'inclusion des soins palliatifs au système de santé public de base, à la grandeur du pays) et l'élargissement de la gamme des fournisseurs de services (par exemple, le recours plus répandu aux sages-femmes et aux infirmiers praticiens) peuvent contribuer à accroître la satisfaction du patient et du soignant tout en permettant de réaliser des économies. De plus, l'intégration d'autres éléments tels que les soins à domicile et en milieu communautaire au système de santé global favoriserait selon toute probabilité la viabilité financière du système et permettrait aux hôpitaux de se centrer sur les patients qui doivent être hospitalisés plutôt que sur ceux qui n'ont besoin que de soins qui peuvent être administrés à d'autres niveaux, dans d'autres milieux de santé.

Finalement, certains citoyens du Canada, particulièrement les Autochtones accusent du retard par rapport aux autres Canadiens sur le plan de tous les principaux indicateurs de qualité de vie, y compris la santé.

## **1.2 Position de l'ACS**

L'ACS plaide en faveur d'un système de santé subventionné par l'État qui tienne compte des besoins de la population et qui soit viable. L'ACS croit qu'il est possible de se doter d'un tel système mais que les gouvernements, les gestionnaires et les administrateurs du système de santé, les intervenants de première ligne, les chercheurs et les citoyens devront faire preuve d'un fort leadership pour y parvenir. Il faudra également que le système soit financé adéquatement, de manière continue et prévisible.

Il est important de souligner que des progrès ont été accomplis. Le système de santé a commencé à se renouveler à la grandeur du pays, de diverses manières. On le modifie

continuellement en vue d'en accroître l'efficacité, l'efficience, l'intégration et la qualité. Certes, il reste encore du travail à accomplir pour améliorer la productivité et les résultats de notre système de santé, mais il serait possible de mettre en commun et d'instaurer de nombreuses pratiques exemplaires qui ont cours à la grandeur du pays. Il est important de rappeler aux membres du Comité permanent des finances et à l'ensemble des Canadiens quelles sont les raisons à l'origine du manque de confiance accru envers notre système de santé, à savoir : le financement inadéquat du gouvernement fédéral dans le passé; l'approche de financement en dents de scie adoptée par tous les gouvernements dans les années 1990; les investissements insuffisants en technologies de l'information et en gestion de données; une certaine incompréhension de l'importance de la main-d'œuvre au sein du système de santé (de 70 % à 80 % des sommes investies dans la santé servent à rémunérer le personnel qui dispense les soins et les services) – et règle générale, le fait que certains soient à la recherche de solutions magiques pour régler les problèmes d'un secteur complexe. Il existe des solutions, mais il n'y a pas de recette miraculeuse.

Il y a aussi certaines personnes clés, peut-être même certains politiciens, qui demeurent théoriquement en faveur d'un système de santé public, probablement plus par opportunisme que par conviction, mais ne croient pas que le système soit viable et ne souscrivent pas réellement au principe de financement par l'État. Ces personnes ne voient pas les bonnes nouvelles qui suivent :

- Un nouveau rapport sur les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux publié par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) indique que ces gouvernements prévoient dépenser 83,9 milliards de dollars en 2004-2005. Il s'agit de la plus faible croissance depuis 1997-1998, soit 5,1 % en valeur nominale ou 2,9 % en valeur réelle. (Ces montants ne seront peut-être pas suffisants pour offrir tous les services dont les Canadiens ont besoin, mais ils démontrent néanmoins que les dépenses ne sont pas hors de contrôle).
- Les coûts d'administration du système de santé au Canada représentent environ 13 % des coûts totaux, ce qui se compare avantageusement avec les données provenant d'autres pays (les coûts d'administration sont de 30 % aux États-Unis). Les coûts d'administration des hôpitaux s'élèvent à 8,4 %, parmi les plus faibles des pays de l'OCDE.
- Le Canada a consacré de 9 à 10 % de son PIB à la santé au cours des 20 dernières années. Ce pourcentage tient compte des dépenses publiques et des dépenses privées. Les dépenses publiques en santé représentent environ 6,5 % de notre PIB (moins que le pourcentage de leur PIB que les États-Unis consacrent au régime d'assurance-maladie subventionné par l'État et au programme Medicaid).
- Selon les données de 2003 de l'OCDE sur la santé, le Canada se classe au 6<sup>e</sup> rang parmi trente pays en ce qui a trait aux dépenses totales (publiques et privées) en soins de santé, se laissant distancer par les États-Unis, la Suisse, l'Allemagne, l'Islande et la France. En ce qui a trait aux dépenses publiques en santé par

habitant, en se basant sur la parité de pouvoir d'achat, le Canada est récemment descendu au 10<sup>e</sup> rang des 30 pays de l'OCDE.

- Il y a vingt ans, les hôpitaux dépensaient 45 % du budget de santé du Canada. Ils n'en dépensent aujourd'hui que 30 % . En même temps, les hôpitaux prennent soin d'un plus grand nombre de patients grâce aux nouvelles technologies, aux chirurgies d'un jour et à la réduction de la durée des hospitalisations.
- Des réformes sont en cours en vue d'offrir les soins dans les environnements les plus appropriés. Il faut toutefois subventionner ces changements et assurer les soins aux patients qui en ont besoin pendant la période de transition.
- Les prévisions relatives aux coûts futurs ne peuvent pas être basées sur des prévisions linéaires, mais doivent tenir compte des réformes qui seront mises en œuvre.
- L'intégration des services de santé est en voie de réalisation à la grandeur du pays, et se fait à des rythmes différents et de diverses façons. Tous les intervenants ont cependant à cœur d'adopter une approche centrée sur le patient.
- Tous les ordres de gouvernement (fédéral, provinciaux, territoriaux) ont adhéré aux mêmes valeurs, principes et objectifs, en signant divers accords sur la santé.

L'ACS a régulièrement fait valoir les points suivants :

- Le financement insuffisant de services assurés existants dans certaines régions de ce pays (les services hospitaliers et médicaux, notamment) a mené certains établissements de santé et certains intervenants à exercer leurs activités au maximum de leurs capacités, d'une manière non efficiente, en mode de crise. Le Canada a le taux le plus élevé d'occupation de lits pour soins actifs parmi tous les pays de l'OCDE (88,6 %), ce qui ne laisse aucune flexibilité au système.
- Tous les volets du continuum de soins doivent être financés adéquatement et les Canadiens méritent l'accès à des services de santé comparables à tous les niveaux de ce continuum. S'il est vrai que les hôpitaux ont besoin de budgets suffisants pour résoudre les problèmes d'attente et répondre aux besoins des patients en soins actifs, la solution réside toutefois en partie dans la mise en place d'une réforme des soins de santé primaires et l'accès aux services dans la communauté.
- Le gouvernement fédéral ne paie pas sa juste part des dépenses en santé depuis nombre d'années. S'il veut avoir l'autorité morale nécessaire pour collaborer avec les provinces et les territoires à la réalisation des objectifs pancanadiens sur lesquels les premiers ministres se sont mutuellement entendus, le gouvernement fédéral devait contribuer davantage au transfert relatif à la santé et combler « l'écart Romanow ». L'ACS s'est donc réjoui de l'augmentation substantielle

- du transfert prévu à l'Accord sur la santé de 2004 (un montant qui se rapproche de la recommandation formulée par l'ACS).
- Il fallait prévoir une indexation claire pour assurer le financement prévisible à long terme et l'ACS espère que l'indexation de 6 % convenue dans l'Accord sur la santé de 2004 permettra aux établissements et aux organismes de santé d'entreprendre des initiatives à long terme permettant d'améliorer les résultats du système de santé.
  - En plus d'investir dans le système de santé, le gouvernement fédéral devrait aussi investir dans les déterminants de la santé. Le Conference Board estimait, dans une étude récente, qu'environ 25 % de l'état de santé d'une personne dépendait du système de santé en lui-même tandis que 50 % était relié aux conditions de vie – c'est-à-dire à des facteurs comme le niveau de revenu, l'éducation et l'environnement. Les investissements dans ces domaines amélioreront l'état de santé des Canadiens et réduiront les coûts du système de santé. C'est pourquoi l'ACS a plaidé en faveur d'une indexation du Transfert canadien en matière de programmes sociaux semblable à celle qui a été promise pour le Transfert canadien en matière de santé.
  - Le gouvernement fédéral doit soutenir les programmes visant à promouvoir la santé et les initiatives favorisant l'adoption d'un mode de vie sain. À titre d'exemple, le Canada a obtenu un grand succès lorsqu'il s'est attaqué aux coûts associés à l'usage du tabac en consacrant ses énergies à la promotion de la santé par le biais de la législation, de l'éducation et de l'adoption d'une politique gouvernementale en matière de santé. Il faudrait maintenant consacrer autant d'énergie à contrer les problèmes croissants liés à l'obésité et à l'inactivité physique. Le Conference Board du Canada comparait récemment le rendement du système de santé des principaux pays et réalisait que les pays les plus déterminés à se pencher sur les facteurs non médicaux, tels que l'obésité, les accidents de la route et l'immunisation, obtenaient les meilleurs résultats pour la santé.
  - Les paiements de péréquation permettent aux Canadiens d'avoir un accès raisonnable à des services de santé et à des services sociaux comparables, quelle que soit la capacité fiscale de leur province ou de leur territoire de résidence. C'est pourquoi l'ACS a encouragé vivement le gouvernement fédéral à résoudre les problèmes reliés au programme de péréquation du Canada. L'ACS apprécie les progrès réalisés lors de la récente réunion fédérale/provinciale/territoriale sur la péréquation.
  - Le programme de soins à domicile et en milieu communautaire doit être soutenu par un cadre législatif qui porte non seulement sur les services de substitution des soins actifs (en milieu hospitalier), mais également sur les soins de santé de longue durée aux malades chroniques des divers segments de la population, y compris les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes atteintes de

maladie mentale et les enfants ayant des besoins spéciaux. Ces services n'ont pas tous besoin d'être couverts à partir du premier dollar, mais ils doivent être fournis de manière à accroître l'accès aux services nécessaires. Même si l'Accord de 2004 contient un programme restreint de soins à domicile comprenant des services de remplacement de soins actifs, des services communautaires à court terme en santé mentale et des soins palliatifs, l'ACS continue de plaider en faveur d'un accès, à la grandeur de ce pays, à des services de remplacement des soins actifs et à des services continus de soins prolongés et chroniques à domicile. Ces questions demeurent en suspens et le gouvernement fédéral devra ultimement y consacrer des fonds additionnels.

- Par ailleurs, il faudra apporter des solutions pancanadiennes à la question des soins de longue durée en institution et au logement avec services de soutien pour une population de plus en plus vieillissante, et le gouvernement fédéral devra y consacrer des fonds.
- Le financement et la gestion relatifs à la couverture des médicaments doivent faire partie d'un système de santé intégré. Il faut résoudre les disparités relatives à l'accès, au manque d'équité et au fardeau financier exagéré, à l'aide d'une stratégie et d'un programme d'assurance-médicaments ayant des objectifs pancanadiens et d'un engagement à élaborer et à soutenir des pratiques exemplaires.
- Tel que le reconnaissait le Plan de soins de santé de 2004, aucun de ces objectifs ne sera atteint si nous ne disposons pas des ressources humaines adéquates en santé. L'ACS continue de plaider en faveur d'une stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé.
- Le gouvernement fédéral a démontré son engagement envers la recherche en santé par la création des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et l'augmentation du budget des IRSC. L'ACS appuie tout investissement supplémentaire du gouvernement fédéral alloué à la recherche en santé.

### **1.3 Coût de l'investissement nécessaire**

Bien que l'augmentation générale à l'assise du TCS qui découle de l'Accord sur la santé de 2004 soit un peu moins élevée que ce que préconisait l'ACS pour l'exercice financier (EF) 2005-2006, la différence est toutefois minime pour l'exercice 2007-2008 à cause de l'effet composé de l'indexation de 6 %. Si ces investissements sont consacrés à l'amélioration dans les secteurs sur lesquels les premiers ministres se sont entendus dans le Plan, l'ACS est d'avis qu'avec un leadership approprié et une volonté de réaliser la réforme, les fonds seront suffisants pour atteindre les résultats de rendement du système de santé prévus au Plan. Les fonds devraient être liés à l'atteinte des objectifs pancanadiens convenus par toutes les parties. L'ACS examinera les détails de la

législation donnant effet aux objectifs de l'Accord de 2004 pour voir si elle fait également référence aux objectifs et aux résultats liés au nouveau financement.

#### **1.4 D'où devrait venir les nouveaux fonds ?**

L'ACS est d'avis que les engagements financiers en matière de santé doivent faire partie d'un plan fiscal et budgétaire solide et non pas reposer sur les surplus qui peuvent surgir à la fin d'un exercice financier. Autrement dit, ils doivent être intégrés à l'enveloppe fiscale du gouvernement dès le début. Il ne semble pas qu'il soit nécessaire d'affecter spécialement un impôt à la santé (tel que proposé par le sénateur Kirby), vu les prévisions de revenus et de dépenses du gouvernement fédéral. L'ACS croit que les engagements de dépenses en santé ne devraient plus jamais dépendre de surplus budgétaires (p. ex., l'engagement conditionnel de 2 milliards de dollars prévu à l'Accord de 2003, qui n'était jamais réellement assuré pendant tous ces mois au cours desquels le gouvernement a tenté de prédire s'il dégagerait des surplus ou non). Heureusement, le gouvernement a respecté son engagement et il s'est avéré que le surplus de l'exercice financier 2003-2004 a atteint 9,1 milliards de dollars.

L'ACS est bien consciente que les taux d'impôts doivent être établis de manière à stimuler la croissance économique et le développement, mais l'expérience lui indique qu'il y a un choix à faire entre la réduction des impôts et la prestation des services du gouvernement. Nous avons besoin d'un plan qui prévoie le cadre fiscal avec précision et qui tienne compte des dépenses initiales en santé et en programmes sociaux, des réductions d'impôts et de la gestion de la dette.

#### **1.5 Palier unique ou participation aux coûts**

L'ACS a toujours préconisé que les services médicaux nécessaires prévus à la *Loi canadienne sur la santé* ainsi que les services assurés à domicile en remplacement des soins actifs continuent d'être financés par les deniers publics (palier unique). Toutefois, l'ACS a également reconnu que d'autres services pourraient faire l'objet d'un type de co-paiement. Par exemple, certains patients pourraient assumer une partie des frais de services de soutien à domicile, d'autres pourraient participer raisonnablement aux coûts de leur hébergement en établissement de soins de longue durée et un ticket modérateur pourrait être appliqué aux produits pharmaceutiques, à la condition qu'une telle participation aux coûts ne réduise pas l'accès aux services.

En ce qui a trait à la prestation de services par l'entreprise privée, qu'il faut distinguer du financement par le secteur privé, car il s'agit de deux notions différentes, l'ACS n'y voit pas la panacée au problème de l'escalade des coûts de soins de santé. Un rapport récemment publié par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé concluait, en se fondant sur une recherche américaine que :

- les dépenses en santé sont plus élevées et augmentent plus rapidement dans les collectivités desservies par des hôpitaux à but lucratif que dans celles qui sont desservies par des hôpitaux à but non lucratif;
- les frais administratifs quotidiens liés aux patients sont beaucoup plus élevés dans les hôpitaux à but lucratif;
- le taux de mortalité est plus élevé dans les hôpitaux à but lucratif, quel que soit le système administratif en vigueur.

La prestation de services par des entreprises à but lucratif du secteur privé peut parfois être appropriée et est déjà en place dans certains domaines (par exemple, le public paie déjà pour des services auxiliaires confiés en sous-traitance, notamment la gestion des services alimentaires ou des stationnements, ou pour des services de diagnostic privés relatifs à des analyses de sang de routine, à des radiographies, etc.). Toutefois, il faut d'abord que les hôpitaux disposent de l'équipement et du personnel nécessaires pour poser des diagnostics avant d'examiner la possibilité de recourir aux cliniques privées. De plus, il faut également s'assurer de l'efficacité, de l'accès, de la qualité et de la responsabilisation qu'offrent les options de prestations de services par le secteur privé, lorsque la question de recourir à de tels services se pose.

## **1.6 Renforcer le système actuel**

Même si notre système de santé a des forces considérables, de récents événements ont soulevé des inquiétudes sur le caractère adéquat et la viabilité du système, tant aujourd'hui que dans l'avenir. Des années de sous-financement ont privé le système de santé canadien de toute capacité d'appoint lui permettant de faire face à des épidémies importantes ou à des catastrophes telles que des pandémies bio-terroristes ou des désastres environnementaux. (Selon les données de l'OCDE de 2001, le Canada a le taux le plus élevé de lits occupés en soins actifs et le pourcentage le plus faible de lits disponibles parmi les 21 pays qui ont fourni des données.) Cette situation est survenue en même temps que les investissements dans les services de santé publique essentiels (prévention, protection et promotion) ont diminué. En pourcentage de chaque dollar consacré à la santé, le Canada dépense moins aujourd'hui en santé publique qu'il ne le faisait au cours des années 1990. L'ACS se réjouit toutefois des montants additionnels alloués à ce chapitre dans le Budget 2003 et espère que ces investissements continueront d'augmenter.

Par ailleurs, on remarque également une évolution de la consommation des dollars en soins de santé. Même si les hôpitaux accaparent toujours la plus grosse partie des dépenses totales, à savoir 30 % en 2003, ce pourcentage est en diminution par rapport à ce qu'il était auparavant : 37 % en 1993 et 45 % il y a vingt ans. De plus, les coûts administratifs ont diminué au cours des dernières années. À l'inverse, les ventes au détail de médicaments, qui représentent le deuxième poste de dépenses importantes, atteignent

maintenant 16 % des dépenses totales alors qu'elles n'en représentaient que 13 % il y a dix ans.

Bien qu'il soit impossible de prévenir totalement les catastrophes, il est essentiel de pouvoir compter sur un système de santé publique fort et un système de traitement suffisamment financé pour assurer la surveillance et le contrôle adéquats, limiter les coûts du système de santé et minimiser les incidences d'une catastrophe sur l'économie en général. (En Ontario, en 2003, les incidences du SRAS sur l'industrie touristique ont nettement contribué à une baisse substantielle des revenus).

Le volet économique suscite également d'autres inquiétudes qui tiennent au fait que l'érosion additionnelle du système financé par les deniers publics en vigueur au Canada ou le transfert de services à des plans de santé privés peuvent diminuer notre avantage concurrentiel. À l'inverse, les améliorations apportées à un continuum plus élargi de soins de santé au Canada, y compris les soins à domicile, augmenteraient notre avantage concurrentiel.

L'inquiétude croissante que la prévalence et les coûts des événements indésirables suscitent à l'échelle nationale et internationale est une autre raison pour renforcer le système existant. L'ICIC souligne que près du quart des Canadiens adultes rapportent qu'ils ont été touchés par un événement indésirable évitable en 2000-2001, eux ou un membre de leur famille. Au cours de cette période, on estime que plus de un million de journées d'hospitalisation additionnelles peuvent être attribuées à des événements indésirables. Il a été recommandé de recourir aux nouvelles technologies, à l'innovation, aux dossiers de santé électroniques et à un système non punitif de déclaration des événements indésirables. Là où de telles mesures ont été mises en place, les systèmes automatisés d'information sur la santé ont eu une incidence positive sur la qualité et sur les coûts des soins de santé, y compris une réduction des événements indésirables évitables. En Suède, pays que le Conference Board du Canada a récemment classé au second rang pour ce qui est du rendement global du système de santé, les hôpitaux consacrent 4 pour cent de leur budget aux technologies de l'information et de la communication (TIC). Le Canada se classe au treizième rang à ce chapitre et ses organismes de soins actifs ne consacrent qu'entre 1,8 et 2,5 pour cent aux TIC.

En plus de systèmes d'information automatisés, le système canadien de soins de santé a également besoin d'avoir accès en temps opportun au plus récentes technologies médicales, lorsqu'il existe une preuve substantielle que le soin aux patients et les résultats pour la santé seront améliorés. Si nous n'investissons pas dans de telles technologies, nous manquons des occasions d'améliorer le rendement de notre système.

Par ailleurs l'évolution démographique au Canada est une autre question importante. Pour gérer la maladie chronique et faire face au vieillissement de la population, il faut investir dans des soins de santé communautaires en vue de réduire la demande en établissements de soins actifs et de soins de longue durée. Le Conference Board du Canada indique qu'en Suède, le régime d'assurance-médicaments et les services de soutien élargis aident à gérer le niveau de dépenses en santé et à satisfaire les besoins de la population

vieillissante. En outre, il est de plus en plus démontré que les programmes communautaires qui mettent l'accent sur la promotion de la santé auprès des frêles personnes âgées entraînent une diminution des coûts de santé globaux, y compris des frais d'hospitalisation.

Selon une récente étude du Manitoba Centre for Health Policy, même si la plupart des personnes souhaitent mourir à la maison, près de la moitié des Manitobains meurent à l'hôpital. De plus, ceux qui sont décédés à l'hôpital au cours de la période visée par l'étude (représentant 1 % de la population adulte de la province) ont utilisé 24 % de tous les jours d'hospitalisation. Le soin des patients en fin de vie dans les hôpitaux et dans les établissements de soins de longue durée entraîne des coûts beaucoup plus élevés que le soin aux personnes mourantes prodigués dans la communauté, même lorsque la sévérité de la maladie est comparable.

Finalement, s'il est vrai que les Canadiens méritent d'avoir accès à des soins et des services de santé en temps opportun, la question qui se pose n'en est pas une de quantité seulement, mais aussi de qualité et de pertinence.

## **1.7 Le besoin d'un leadership national**

Les Canadiens s'attendent à ce que le gouvernement fédéral veille à ce qu'ils aient tous accès à des services comparables, peu importe leur lieu de résidence. Puisque la santé est de compétence provinciale et territoriale, certains prétendent que les subventions du gouvernement fédéral en ce domaine ne devraient être assorties d'aucun objectif, condition, et restriction. Cependant, le gouvernement fédéral a le droit constitutionnel d'utiliser son pouvoir d'application des ressources de manière à atteindre les objectifs pancanadiens dans des domaines de compétence provinciale. C'est pourquoi il a créé un programme d'assurance-hospitalisation en 1957 et un régime d'assurance-maladie reposant sur les médecins en 1966, avant d'adopter la *Loi canadienne sur la santé* en 1984. L'histoire des subventions fédérales assorties de conditions et de restrictions est l'histoire de la Confédération. Les Canadiens s'attendent à avoir accès à des services comparables quel que soit l'endroit où ils vivent dans ce pays, d'où la nécessité d'assortir les dollars fédéraux d'objectifs pancanadiens. Parallèlement, les provinces font observer qu'elles ont la responsabilité d'assurer la prestation des services de santé et qu'elles peuvent donc décider comment offrir ces services, d'où la nécessité pour le gouvernement fédéral de faire preuve de flexibilité. Tous les ordres de gouvernement doivent se concerter pour améliorer les services offerts aux Canadiens.

En joignant leurs efforts, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux peuvent déterminer et soutenir des initiatives efficaces et identifier des champions de tout le pays. Ils peuvent notamment élaborer et mettre en place des lignes directrices et des objectifs de rendement relatifs à la pratique fondée sur des preuves scientifiques, s'assurer de la concordance des incitatifs économiques et administratifs avec l'utilisation de soins appropriés et veiller à l'atteinte des résultats souhaités en matière de santé. Il est important que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi que les

fournisseurs de soins, les gestionnaires et les administrateurs du système de santé aient l'occasion de se réunir et de discuter ensemble de ce qui fonctionne bien dans leur territoire de compétence respectif.

## **1.8 Suivi et mesure des résultats**

Les Canadiens sont disposés à investir dans le système de santé canadien. En retour, ils attendent des résultats tangibles, souhaitent être informés publiquement des résultats et des coûts en santé et désirent que la hiérarchie des responsabilités soit établie clairement. Tout en reconnaissant que la prestation de services de santé est de responsabilité provinciale et territoriale, les Canadiens s'attendent à ce que le gouvernement fédéral fournisse des fonds additionnels en échange d'assurances que les objectifs pancanadiens seront atteints, notamment en ce qui a trait à la réduction des listes d'attente, et à ce que des indicateurs de rendement convenus par toutes les parties soient élaborés, recueillis, analysés et utilisés pour améliorer l'efficacité des fonds alloués à la santé.

Les renseignements fondés sur des indicateurs comparables et les indices de référence pancanadiens et les cibles doivent être communiqués aux Canadiens.

## **1.9 Importance des ressources humaines adéquates**

Pour assurer la viabilité et la qualité du système de santé il ne suffit pas d'y allouer les fonds adéquats mais il faut aussi s'assurer du nombre suffisant de fournisseurs de soins de santé qualifiés. De plus en plus de données révèlent une grave pénurie actuelle et future de fournisseurs de santé, au moment où les besoins liés à l'âge de la population sont à la hausse. Puisque cette main-d'œuvre en soins de santé est mobile, il faut aborder cette problématique à l'aide d'une approche pancanadienne coordonnée en vue de réduire la compétition à l'intérieur et entre les marchés de l'emploi provinciaux et territoriaux.

L'ACS a longtemps plaidé en faveur d'un cadre et d'une stratégie pancanadienne de ressources humaines en santé. De tels outils devraient être élaborés conjointement par des représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des représentants des employeurs des établissements et organismes de santé, des représentants des professions et des employés. L'Accord sur la santé de 2004 s'est engagé à se pencher sur la question des ressources humaines mais il faut de toute urgence accorder une plus grande importance à la coordination à l'échelle pancanadienne.

## 2.0 CONCLUSION ET SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS

En résumé, l'ACS continue de plaider en faveur :

- d'un système de santé qui reflète la valeur canadienne selon laquelle l'accès à des services de santé devrait être fourni sur la base des besoins de santé, et non pas selon la capacité de payer;
- d'une gestion améliorée et de comptes rendus sur les dépenses du système de santé et sur les résultats fondés sur des cibles reposant sur des données probantes, entérinées par toutes les parties;
- d'une augmentation des fonds alloués à l'élaboration d'un dossier de santé électronique et à l'amélioration de la technologie de l'information;
- d'un renouvellement adéquat du système de santé qui améliore l'accès, la sécurité, la qualité des soins et l'efficacité sur le plan des coûts;
- d'investissements d'au moins 1 % du budget total de la santé dans le domaine de la recherche en santé;
- d'un cadre législatif qui liera les engagements du gouvernement fédéral en matière de santé à des résultats mesurables;
- de l'élaboration d'une stratégie de ressources humaines pancanadienne;
- du financement approprié des services prévus à la *Loi canadienne sur la santé* (les services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires);
- de l'inclusion d'une plus large proportion du continuum du système de santé – y compris les soins à domicile, les soins communautaires et les soins de longue durée – à l'enveloppe publique, sur une base pancanadienne, tout en reconnaissant que les utilisateurs participeront au paiement de certains services;
- d'une réforme des soins de santé primaires;
- du financement et de la gestion d'une plus grande couverture des médicaments dans le cadre d'un système de santé intégré;
- d'améliorations futures au financement public de la santé (tout en accueillant avec satisfaction les annonces du budget fédéral de 2003 au chapitre de la santé publique);

- d'une indexation annuelle du Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCSPS) semblable à celle du Transfert canadien en matière de santé (TCS).

L'ACS encourage vivement ce comité à soutenir les investissements qui ont été fait l'objet d'une entente dans l'Accord sur la santé de 2004 en vue d'améliorer les résultats et d'accroître l'efficacité dans le futur, et notamment à :

- accroître le TCS pour le porter à 19 milliards de dollars en 2005-2006;
- appliquer une indexation annuelle de 6 % à compter de 2006-2007 pour faire face aux augmentations dues à l'inflation et aux augmentations des coûts du système de santé;
- verser 10 milliards de dollars sur dix ans, à compter de 2004-2005, à un Fonds pour la réduction des temps d'attente qui servira aux autorités compétentes à répondre à leurs priorités, et notamment à embaucher plus de professionnels de la santé, à élaborer des outils pour gérer les temps d'attente et à éliminer les arriérés;
- adopter une approche normalisée pour établir des temps d'attente cliniquement appropriés de concert avec des niveaux adéquats de financement et de ressources humaines;
- verser 41 285 milliards de dollars additionnels sur 10 ans;
- collaborer avec tous les ordres de gouvernement et avec les Autochtones afin d'améliorer l'état de santé des personnes autochtones et de veiller à ce qu'elles profitent des améliorations apportées au système de santé canadien.

Bien qu'il reste encore du travail à accomplir, l'ACS et ses membres reconnaissent le progrès important réalisé dans l'Accord sur la santé de 2004 et s'emploieront, dans leur cadre d'action, à accomplir des progrès mesurables pour les Canadiens.

L'ACS est reconnaissante de cette occasion de comparaître devant le Comité.