

JUSTIFICATION



Janvier 2016



©2016. Préparé par Michael Villeneuve Associates pour
la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers



« La population demeure très attachée aux valeurs de base qui sont au cœur du régime d'assurance-santé et au système lui-même qui a bien fonctionné dans le passé. Si les Canadiens sont prêts à assurer la viabilité du régime d'assurance-santé, il faut, à mon avis, passer à une nouvelle étape et transformer celui-ci en un système de santé vraiment national, plus intégré, mieux adapté à nos besoins et davantage axé sur l'imputabilité. »¹

- Roy Romanow (2002)

¹ Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002.) *Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada* – Rapport final. Ottawa: Auteur, p. xvi.

Accord sur la santé et les programmes sociaux

- Le travail accompli par Romanow et la Commission a alimenté deux accords sur la santé. Or, la véritable transformation tarde encore à se faire. Plus d'une décennie après le commentaire de Romanow, 84 % des Canadiens mentionnent avoir de plus grandes attentes par rapport aux soins de santé que par rapport à d'autres services du secteur public.² L'appui des Canadiens aux valeurs d'universalité, d'accessibilité, d'intégralité et de transférabilité, sous-jacentes à un système public de soins de santé financé, administré et offert par l'État, n'a jamais diminué. En fait, les Canadiens s'attendent à davantage de programmes et de services protégés par ces valeurs; par exemple, l'opinion publique privilégie fortement un régime national d'assurance-médicaments financé par l'État, 91 % selon un sondage mené en juillet 2015 par Angus Reid.³ Un financement adéquat et prévisible est essentiel, mais les Canadiens savent qu'il faut justifier et contenir les dépenses des contribuables. Un nouvel accord, amorçant une nouvelle vague dans la réforme de la santé et des programmes sociaux, doit se distinguer non pas en mettant l'accent uniquement sur les dépenses mais en mettant l'accent sur de nouvelles façons d'utiliser efficacement les fonds en établissant un lien plus direct entre les besoins actuels de la population et les services de santé et sociaux qui sont offerts.
- La santé et la qualité de vie des Canadiens dépendent d'une combinaison complexe de **déterminants de la santé qui sont biologiques, sociaux, économiques, culturels et environnementaux**. Nous ne pouvons atteindre l'objectif d'une meilleure santé en mettant simplement l'accent sur les soins de santé ou en maintenant notre vieille approche fragmentée par rapport à la santé et aux programmes sociaux. Comme le précisent Arrow et Sanghi en 2013, une progression naturelle du statu quo ne sera pas suffisante pour atteindre les populations dans le besoin et « nous devons plutôt pousser les systèmes de soins de santé au-delà de leurs limites habituelles en investissant dans les nouvelles technologies, en en faisant la promotion, en peaufinant les mesures incitatives, et en reconnaissant que les systèmes de soins de santé n'existent pas en vase clos. »⁴ [Traduction]. Dans la Economists' Declaration de 2015 convoquée par la Rockefeller Foundation,⁵ 267 économistes du monde entier ont invoqué l'argument selon lequel « élaborer des systèmes de santé résilients signifie améliorer d'autres biens publics qui sont étroitement liés à la santé humaine [y compris] eau potable et assainissement, routes et infrastructures permettant les soins d'urgence et la prestation de services »⁶ [Traduction], et ont précisé être fatigués de voir les soins de santé comme étant la seule route vers une meilleure santé. Le temps est venu de tracer le chemin vers une meilleure santé, en se basant sur une nouvelle approche intégrée en matière de politiques sociales et de santé.
- Les peuples autochtones font face aux mêmes problèmes sociaux et de santé que les autres personnes du Canada mais ils doivent aussi composer avec les **déterminants de la santé et de la qualité de vie des Autochtones**, notamment l'isolement géographique, les barrières linguistiques, le racisme involontaire, l'histoire des pensionnats, les traumatismes intergénérationnels, et autres répercussions de la colonisation précisées par la Commission de vérité et réconciliation du Canada.

2 Ipsos Reid. (2015). *Expectations of the health care system. Presented to HealthCareCAN. Final report*. Juin 2015. Ottawa: Auteur

3 Angus Reid Institute. (15 juillet 2015). *Prescription drug access and affordability an issue for nearly a quarter of all Canadian households*. Tiré de <http://angusreid.org/prescription-drugs-canada/>

4 Arrow, K., et Sanghi, A. (15 déc. 2015). Why economists put health first. *Agenda*. World Economic Forum. Tiré de <https://agenda.weforum.org/2015/12/why-economists-put-health-first/>

5 Summers, L. au nom de 267 signataires. (2015). Economists' declaration on universal health coverage. *The Lancet*, 368(10008), 2112-2113.

6 Arrow, K., et Sanghi, A. (15 déc. 2015). Why economists put health first. *Agenda*. World Economic Forum. Tiré de <https://agenda.weforum.org/2015/12/why-economists-put-health-first/>

- Un important déterminant de la santé qui s'applique à toutes les personnes du Canada est **l'accès, en temps opportun, aux soins de santé**, y compris les soins de grande qualité adaptés à la culture, la promotion du mieux-être, la santé publique et la prévention des maladies, les soins primaires, les soins actifs, les soins de réadaptation et de rétablissement, les soins de longue durée, les soins de fin de vie, et les soins palliatifs. Chacun de ces services peuvent être offerts dans une variété de milieux, notamment les domiciles, les collectivités et les établissements. Les premiers ministres ont l'occasion de collaborer pour améliorer la santé de la population en augmentant l'accès, la responsabilisation, l'intégralité, la continuité, **la qualité et la valeur** des soins de santé offerts au Canada.
- Dans le rapport de 2013 de la *Lancet* Commission ciblant les investissements en **santé**, Jamison et ses collègues (y compris Kenneth Arrow, titulaire du Prix Nobel) parlent d'un cadre pour arriver à ce qu'ils appellent *une grande convergence mondiale dans le secteur de la santé*, i.e. une amélioration ou mise à l'échelle des technologies et des systèmes de santé afin de générer des bénéfices qui dépassent les coûts dans une proportion de 20 à 9 au cours de la période 2015 à 2035.⁷ Qu'est-ce que cela pourrait signifier pour le Canada? En se basant sur la position des leaders en santé depuis la *Declaration of Alma-Ata* en 1978, un consortium d'économistes mondiaux sont arrivés, en 2015, à la conclusion que « Les systèmes de santé n'existent pas en vase clos et, si nous sommes sérieux par rapport au développement viable, le temps est venu de comprendre que les investissements dans les systèmes complémentaires sont des une valeur ajoutée et non pas des une valeur perdue. »⁸ [Traduction]

1. Régime national d'assurance-médicaments

- Tous les pays développés ayant un système universel de soins de santé offre aussi une **couverture universelle des médicaments sur ordonnance**, sauf le Canada. Chaque importante commission nationale d'enquête sur le système canadien de soins de santé a recommandé la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments. Notre système, qui se veut une mosaïque de couvertures publiques et privées, laisse des millions de Canadiens sans couverture, et des millions d'autres sans couverture suffisante. Par conséquent, près d'un Canadien sur quatre mentionne n'avoir pu payer le coût devant être déboursé pour les médicaments prescrits pour lui ou un membre de la famille.⁹ Cela se traduit en détérioration de la santé des patients et en demande accrue sur le système de soins de santé.
- La mise en œuvre d'un régime national couvrant les médicaments prescrits serait la plus grande réforme des services de soins de santé au Canada au cours de la dernière génération, et ferait sauter l'embâcle entre les provinces qui a persisté pendant la durée des accords de 2000, 2003 et 2004. Passer d'un régime public qui *fournit tous les médicaments à certains patients* à un régime qui *fournit les médicaments sur ordonnance médicalement nécessaires* à tous les patients permettrait la mise en place d'un système national assurant la couverture universelle des médicaments prescrits nécessaires. De plus, un tel régime assurerait l'innocuité et l'efficacité des médicaments prescrits, ainsi qu'une utilisation pertinente et, par conséquent, améliorerait la santé de tous les Canadiens. Nous savons que d'autres pays comparables sont en mesure de fournir les médicaments prescrits à un coût moindre que celui au Canada, et les citoyens appuient massivement des régimes donnant accès à des médicaments abordables.

7 Jamison, D., Summers, L., Alleyne, G., Arrow, K., Berkely, S. Binagwaho, A., et al. (2013). Global health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet online/The Lancet Commissions*, 1-58.

8 Arrow, K., et Sanghi, A. (2015, Dec 15.). Why economists put health first. *Agenda*. World Economic Forum. Tiré de <https://agenda.weforum.org/2015/12/why-economists-put-health-first/>

9 Angus Reid Institute. (2015, July 15). *Prescription drug access and affordability an issue for nearly a quarter of all Canadian households*. Tiré de <http://angusreid.org/prescription-drugs-canada/>

2. Stratégie canadienne ciblant le vieillissement en santé

- Au cours de 40 prochaines années, le nombre de Canadiens de plus de 65 ans atteindra un sommet dans l'histoire, et aura doublé en 20 ans. Le nombre de personnes dans les catégories 80 et plus, même 100 ans et plus, va augmenter. Une plus grande espérance de vie est l'un des avantages d'un siècle de santé publique et de programmes sociaux, et plusieurs Canadiens âgés qualifient leur santé de bonne. Toutefois, ils ont besoin de beaucoup plus de soutiens pour demeurer en santé. En réalité, des vies plus longues s'accompagnent souvent d'une ou plusieurs maladies chroniques et non transmissibles, y compris la démence. Plus la personne vit longtemps, plus ces maladies s'accumulent, plus la santé se détériore, et il faut alors plus de services de santé. La taille sans précédent de la cohorte de personnes âgées en ce moment exige que l'on mette en place des structures et des soutiens permettant d'aider les Canadiens plus âgés à demeurer le plus en santé possible, continuer à travailler s'ils le peuvent, et vivre à domicile aussi longtemps que cela s'avère sûr et possible. Répondre à leurs besoins en matière de santé doit inclure la prévention et la gestion des maladies chroniques non transmissibles, l'accès à des soins actifs épisodiques à domicile, à des services de soins de longue durée et, finalement, à des soins de fin de vie.
- Trop de Canadiens vivent dans des conditions déplorables, et plusieurs aînés doivent composer quotidiennement avec cette réalité. Une **approche stratégique visant à maintenir en santé les aînés du Canada**, et à leur fournir des soins, ferait en sorte que les services sociaux et de santé ne mettraient plus l'accent sur les soins épisodiques d'urgence mais répondraient mieux aux besoins changeants de la population. Plusieurs de ces services, dont les soins palliatifs et autres soins de fin de vie, n'exigent pas toujours la présence d'un médecin ou une hospitalisation. C'est pourquoi ils peuvent être dispensés, de façon sécuritaire, efficace et efficiente, par un éventail de fournisseurs, à domicile et dans les collectivités. Pour que les Canadiens aient accès au bon fournisseur, au bon endroit et au bon moment, et pour dispenser les services les plus pertinents, il faut des soutiens innovateurs qui optimisent le champ d'activité, le déploiement et l'emploi de ressources humaines en santé.

3. Meilleur accès aux services de santé offerts à domicile et dans les collectivités

- Il y a des liens évidents entre les soins à domicile, les aînés et les personnes handicapées. Ces personnes représentent les plus grands utilisateurs de soins à domicile au Canada. Un nouvel accord doit combler le besoin de services non cliniques abordables et financés par l'État, notamment aide aux activités quotidiennes à domicile (préparation des repas, déneigement), aide personnelle (se laver, s'habiller), et services de soins de santé pouvant aller des soins primaires aux soins de fin de vie. Chaque Canadien a le droit de savoir quels services lui sont accessibles, et ces services devraient être les mêmes pour tous. Or, de nos jours, les services de soins à domicile demeurent un cafouille qui varie au sein des provinces et d'une province à l'autre, et demeurent un mystère pour beaucoup de Canadiens. Les services devraient, tout d'abord, être bien compris et accessibles.
- Afin de favoriser la viabilité, la pertinence des soins, et les choix publics, le système de soins de santé doit inclure les modèles de prestation de services à domicile et dans les collectivités. Non seulement s'agit-il du modèle privilégié pour la gestion des soins à long terme et des maladies chroniques mais les soins à domicile et les soins communautaires sont ce que préfèrent les Canadiens. De plus, ils ont l'avantage d'être plus économiques que les services offerts dans les établissements. Et il y a plus, les soins à domicile et les soins communautaires peuvent diminuer la pression exercée sur les services offerts dans les hôpitaux, ce qui améliore l'accès en temps opportun pour les patients ayant besoin de soins d'urgence ou de soins nécessitant une hospitalisation.



4. Meilleur accès aux services de santé mentale

- L'accès, en temps opportun, aux services de santé mentale, et davantage de promotion et de prévention en matière de santé mentale, sont des activités clés. Il faut aussi cibler des populations particulières, par exemple les Canadiens autochtones, les aînés, les nouveaux Canadiens, les enfants et les jeunes. De plus, la santé physique et mentale sont intimement liées et interdépendantes, c'est pourquoi ces résultats de santé doivent être liés dans le cadre du continuum de soins.
- L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale a demandé un leadership coordonné à l'échelle fédérale, provinciale, territoriale et de la société civile afin d'élaborer un plan d'action permettant « 1) d'augmenter, de 7 à 9 %, la proportion des dépenses de santé allant à la santé mentale, 2) d'augmenter de 2 % les niveaux actuels de dépenses sociales allant à la santé mentale, 3) de créer un fonds d'innovation en santé mentale qui serait utilisé pour élargir le rôle des soins primaires pour que ces derniers répondent aux besoins en matière de santé mentale; fixer des normes relativement aux délais d'attente pour les services de santé mentale; et améliorer l'accès aux services nécessaires en santé mentale. »¹⁰ [Traduction]
- Cinq lettres de mandat du premier ministre mentionnent la santé mentale ou des éléments de santé mentale, ce qui reflète leur importance. Les questions d'accès en temps opportun et de tare sociale demeurent particulièrement problématiques. Au moment où le Canada entreprend l'étape réconciliation des recommandations de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, et qu'il accueille, en même temps, des milliers de réfugiés ayant vécu le traumatisme du terrorisme et ayant tout perdu en raison de la guerre, il est impératif de mettre en place des services de santé mentale facilement accessibles, ainsi que des mécanismes assurant la sécurisation culturelle.

¹⁰ Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health. (2013). *Pre-budget consultations 2013 - Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health*. Ottawa: Auteur. Tiré de <http://www.camimh.ca/pre-budget-consultations-2013-canadian-alliance-on-mental-illness-and-mental-health/>

Le faire, le réaliser

Ressources humaines

- Les **ressources humaines en santé et services sociaux** doivent constituer une main-d'œuvre engagée, motivée, éduquée, réglementée, déployée, avec emploi, rémunérée, et le champ d'activité doit être optimisé pour répondre, de façon sécuritaire, aux besoins de la population desservie. Cela est fondamental pour dispenser de meilleurs services de santé et mettre en application un nouvel accord sur la santé et les programmes sociaux.
- Pour atteindre le triple objectif de meilleure santé, meilleurs soins et meilleure valeur pour tous les Canadiens, il faut un quatrième objectif qui soutient les trois autres : la présence d'une main-d'œuvre efficace et à haut rendement constituant les ressources humaines en santé et services sociaux. Un accord intégré signifie dépasser la réflexion en vase clos qui met l'accent sur le nombre de fournisseurs et se concentrer plutôt à déterminer les meilleurs types d'**équipes**, au sein et à l'extérieur des milieux de soins et de services sociaux, comprendre l'évolution de l'état de santé d'une population vieillissante, préciser le type de soins requis par les groupes de population et les cohortes d'âges afin que la sécurité et la qualité des soins respectent les normes fondées sur les données probantes. Les services de santé mentale et les services de santé dispensés aux Autochtones ne peuvent être intégrés aux systèmes de santé sans planification et coopération intersectorielles. Une approche pancanadienne et un leadership de la part du gouvernement peuvent faciliter cela.
- Pour assurer une prestation équitable et pertinente des soins, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent reconnaître les forces inhérentes à une main-d'œuvre bien informée et engagée, et ils doivent collaborer avec les ressources humaines en santé et services sociaux pour mettre en œuvre le nouvel accord sur la santé et les programmes sociaux.
- Documentation à l'appui, les fournisseurs bien informés et compétents ont une influence profonde sur l'efficacité, la qualité, la sécurité et les résultats des services, y compris les coûts. L'éducation et le déploiement des ressources humaines en santé doivent être fondés sur les besoins des personnes et des collectivités, et être bien intégrés dans le cadre d'un nouvel accord. Par exemple, l'accès à une approche dynamique, intégrée et multisectorielle en matière de planification des ressources, fondée sur les données probantes, est nécessaire pour dispenser des services de santé mentale qui tiennent compte non seulement des soins de santé mais aussi de l'éducation, de l'équité, des milieux de travail, de l'aide sociale et des services sociaux.



Financement

- Un financement adéquat et prévisible doit prévoir des investissements dans les infrastructures sociales et en santé publique afin de maintenir les gens en bonne santé au cours des étapes de leur vie. Ce financement doit aussi être jumelé à **un cadre de responsabilisation clairement défini**. Avec la cible de 25 d'ici 25, le gouvernement fédéral doit viser à garder un intérêt solide dans la santé des Canadiens en couvrant 25 %¹¹ des dépenses nationales de santé d'ici 2025.
- « Un régime public universel d'assurance-médicaments réduirait les dépenses totales en médicaments prescrits au Canada de 7,3 milliards de dollars (pire des scénarios : 4,2 milliards, meilleur des scénarios : 9,4 milliards). Le secteur privé économiserait 8,2 milliards de dollars (pire des scénarios : 6,6 milliards; meilleur des scénarios : 9,6 milliards), et les coûts pour le gouvernement augmenteraient d'environ 1,0 milliard de dollars (pire des scénarios : 5,4 milliards d'augmentation nette; meilleur des scénarios : 2,9 milliards d'économies nettes). La plupart des augmentations projetées des coûts pour le gouvernement viendraient d'un petit nombre de catégories de médicaments. »¹² [Traduction]
- Le premier ministre s'est déjà engagé à verser 3 milliards de dollars pour les services de soins à domicile sur une période de quatre ans, avec un accent mis sur les aînés à domicile, y compris les soins palliatifs. Un accord doit comprendre un financement ciblé des transferts aux provinces et aux territoires pour les programmes intégrés de santé et de services sociaux dans tous les piliers de l'entente qui a) tiennent compte des caractéristiques démographiques de la population et des demandes en fonction des régions, et b) sont liées à une évaluation des indicateurs, des résultats, et aux données sur l'impact, l'efficacité, la sécurité et l'efficacité par rapport au coût. Le financement doit couvrir les améliorations aux programmes actuels et fournir des investissements initiaux et à court terme pour apporter des changements aux infrastructures de la santé publique qui peuvent faciliter les initiatives transformatrices.
- Le financement des soins de santé et des programmes sociaux doit reconnaître l'efficacité de la propriété d'État sans but lucratif.

¹¹ Canadian Press. (16 juillet 2015). Premiers meeting: Feds asked to cover 25 per cent of health-care costs. *CBC News*. Tiré de <http://www.cbc.ca/news/health/premiers-meeting-feds-asked-to-cover-25-per-cent-of-health-care-costs-1.3155673>

¹² Morgan, S., Law, M., Daw, L., Abraham, J., et Martin, D. (16 mars 2015). Estimated cost of universal public coverage of prescription drugs in Canada. *CMAJ.ca*, doi: 10.1503/cmaj.141564. Tiré de <http://www.cmaj.ca/content/early/2015/03/16/cmaj.141564.full.pdf+html>, p. 1

Consultations à Ottawa

Nous apprécions grandement l'expertise et les conseils des personnes et des organisations suivantes rassemblées à Ottawa le 15 décembre 2015 :

Organisations

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada
Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée
Association canadienne des centres de santé communautaires
Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux
Canadian Doctors for Refugee Care
Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers
Réseau canadien des ressources humaines en santé
Congrès du travail du Canada
Association médicale canadienne
Association canadienne pour la santé mentale
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Association des étudiant(e)s infirmier(ère)s du Canada
Association des pharmaciens du Canada
Réseau d'action des femmes handicapées du Canada
Institut de recherche Elisabeth Bruyère
Health Action Lobby (HEAL)
SoinsSantéCAN
Syndicat des infirmières et infirmiers du Manitoba
Commission de la santé mentale du Canada
Syndicat national des employées et employés généraux du secteur public
Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
Syndicat des infirmières et infirmiers de la Nouvelle-Écosse
Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Syndicat des infirmières et infirmiers de l'Île-du-Prince-Édouard
Syndicat des infirmières et infirmiers autorisés de Terre-Neuve-et-Labrador
Syndicat des infirmières et infirmiers de la Saskatchewan
Infirmières et infirmiers unis de l'Alberta
Infirmières de l'Ordre de Victoria

Experts invités

Pat Armstrong, Ph. D. et Hugh Armstrong, Ph. D.
Université York

Marc-André Gagnon, Ph. D.
Université Carleton

Gail Tomblin Murphy, Ph. D.
Université Dalhousie

Steven Morgan, Ph. D.
Université de la Colombie-Britannique

Kevin Page
Université d'Ottawa

Armine Yalnizyan
Centre canadien de politiques alternatives

