

Prescriptions
pour un Canada
plus en
santé



Document de
l'Association catholique canadienne de la santé

ACCS — Association catholique canadienne de la santé

L'Association catholique canadienne de la santé (ACCS) est un organisme national chrétien engagé dans les soins de santé selon la tradition de l'Église catholique romaine. Parmi ses membres, elle compte des associations provinciales et régionales, des hôpitaux et des foyers, des services de santé, des services sociaux et d'autres organisations et individus qui partagent ses valeurs. L'ACCS, le porte-parole du secteur catholique de la santé, s'efforce de manifester son intérêt pour la santé sous tous ses aspects : physique, émotionnelle, spirituelle et sociale.

Depuis l'instauration du système de santé du Canada et la prestation de soins médicaux et hospitaliers financés à même les fonds publics, le respect des divers organismes de santé établis sur des bases religieuses et l'appréciation de la haute qualité de leurs soins et de leurs valeurs y ont toujours tenu une place importante.

Motivés par leur foi et un profond sentiment de leur mission, les chrétiens ont apporté au domaine des soins de santé une tradition d'excellence se traduisant par des services dévoués et altruistes. Nous croyons que par leur témoignage en faveur de l'esprit chrétien face à la souffrance et à la guérison, la communauté catholique et ses établissements de santé jouent un rôle unique à l'intérieur et à l'extérieur du système.

Notre tradition chrétienne à cet égard se fonde sur la dignité inhérente de chaque personne, créée par Dieu et destinée à Dieu. L'approche holistique aux soins de santé chrétiens. La dimension spirituelle de ces soins est fondée sur le profond respect de la tradition de foi de chaque individu.

Comme chrétiens, il est essentiel que nous poursuivions notre ministère de guérison à la suite de Jésus. La préoccupation pour les malades et le souci de leurs sentiments, de leurs relations et de leur bien-être physique sont inhérents au modèle de notre service auprès d'eux. Que nous travaillions comme bénévoles, infirmières et infirmiers, médecins, pasteurs ou agents de pastorale en milieu paroissial, ou que nous assurions les soins nécessaires à notre famille et nos amis, nous nous considérons comme engagés dans ce ministère de guérison.

Prescriptions
pour un Canada
plus en
santé



CATHOLIC HEALTH ASSOCIATION OF CANADA
ASSOCIATION CATHOLIQUE CANADIENNE DE LA SANTÉ
ARCHIVES

Document de l'ACCS
1997

Recherche et rédaction :

James Roche

Agent de recherche et de projets spéciaux

Traduction : Louis Chabot

Also available in English

© Association catholique canadienne de la santé, 1997

On peut se procurer d'autres exemplaires auprès de :



Association catholique canadienne de la santé
1247, place Kilborn
Ottawa (Ontario)
K1H 6K9

Téléphone : (613) 731-7148

Fax : (613) 731-7797

C. élec. : chac@web.net

Website : <http://www.net-globe.com/chac/>

Table des matières

Préface	v
Introduction	2
1. Des soins de santé pour tous et chacun	
• Le cas de Caroline	4
• L'histoire de Norbert	4
• Le soin de la maladie	6
• La promotion de la santé et du bien-être	6
• Le défi	7
2. L'évolution des soins de santé au Canada	9
3. Le chaos : Une source potentielle de créativité	
• Une époque de réengagement	11
• Une époque de réorientation de la politique publique fondée sur une vision élargie de la santé	12
• Une époque qui nous engage à agir en fonction de notre connaissance des déterminants de la santé	12
• Une époque où nous devons nous engager sérieusement dans une gestion efficace des services de santé	13
4. Valeurs essentielles — Liens avec le passé et jalons de l'avenir	14
5. Douze points majeurs à examiner	
• Valeurs et soins de santé	17
• Nos attentes et l'existence de certaines limites	18
• Les besoins des plus vulnérables	19



• Le rôle du gouvernement	21
• Les soins de santé ne sont pas une denrée commerciale	26
• La nécessité de maintenir un modèle de services de santé financés par le secteur public	27
• Une perspective communautaire de la santé	29
• Développer un continuum de services	31
• Intégralité	33
• Une politique sur les produits pharmaceutiques	34
• Les honoraires des médecins	36
• Les soins primaires — Qui devrait agir comme «portier»?	37
6. Conclusion	39
Renvois	40

Préface

L'Association catholique canadienne de la santé (ACCS) est une organisation nationale, d'inspiration chrétienne, qui oeuvre dans le secteur de la santé selon la tradition de l'Église catholique romaine. Elle a comme mission de promouvoir et de favoriser le ministère chrétien de guérison. En s'employant avec d'autres à établir de solides liens communautaires en vue de favoriser la santé de la population, l'ACCS constitue une tribune permettant d'analyser les questions de l'heure et d'élaborer des politiques à la lumière des valeurs dont elle s'inspire et de l'expertise qu'elle possède en matière de santé. Elle s'intéresse à tous les aspects de la santé : physiques, émotionnels, spirituels et sociaux.

Les membres de l'ACCS sont fortement engagés dans le secteur de la santé du Canada, de Terre-Neuve jusqu'en Colombie-Britannique et aux Territoires du Nord-Ouest. Depuis les débuts de notre histoire, les organismes catholiques ont exercé un rôle de premier plan, par leur esprit de service comme pionniers aussi bien que par leur leadership, dans tout le réseau de la santé de ce pays.

En décembre 1996, le conseil d'administration de l'ACCS inscrivait comme priorité dans son plan d'action de 1997, la publication d'un document sur le système de santé du Canada. Elle entendait ainsi contribuer au débat national sur l'avenir du secteur de la santé de manière à refléter les solides convictions et la vaste expérience de la communauté catholique dans les soins de santé.

L'ACCS considère que le débat actuel sur l'avenir du système de santé du Canada constitue une occasion unique, pour nous tous en tant que nation, d'aller au-delà d'une simple restructuration de certains services de santé. Le contexte nous donne au contraire la chance de réaffirmer les valeurs qui ont contribué à sa mise en place, et à en réorienter l'organisation à la lumière d'une vision plus large de la santé et d'une compréhension plus profonde des déterminants de la santé. Le débat en cours nous offre une nouvelle occasion de construire à même les fruits des labeurs et des sacrifices de toutes les personnes qui ont contribué au patrimoine de soins et de services de santé dont profitent maintenant les Canadiens.



Introduction

Le système de santé du Canada est devenu un des traits les plus marquants de notre identité nationale et un élément central de nos programmes sociaux. Avec la restructuration des services à laquelle nous assistons actuellement à la grandeur du pays, l'ensemble de notre réseau se retrouve à une croisée des chemins. La *Charte de santé des Canadiens* de 1964 avait pour objectif de donner une vision unique à tous les prestataires de soins de santé à la grandeur du pays : elle avait aussi pour but de faire comprendre que les normes les plus élevées possible de santé devaient devenir un objectif de premier ordre de nos politiques nationales, ainsi qu'un élément de cohésion devant contribuer à l'unité nationale en engageant la responsabilité et la participation individuelle aussi bien que collective.¹

Ce défi demeure aussi valable aujourd'hui qu'il l'était il y a trois décennies et, pendant que les Canadiens envisagent de nouvelles orientations, il nous paraît nécessaire de nous arrêter et de nous demander jusqu'à quel point les buts fixés dans le passé sont maintenant atteints, ou ont été perdus de vue.

Bien que nous n'ayons pas été privés d'une solide réflexion sur la transformation du système, nous avons été portés, au moment de passer aux actes, à concentrer notre attention sur les seules questions du financement des services et sur la gestion de la crise courante que les compressions budgétaires ont engendrée et continuent de susciter. Par ces vues étroites, nous avons négligé de tenir compte de la question clé qui se pose à nous — celle de nos valeurs comme société.

Dans ce document, l'ACCS tient justement à souligner les valeurs et les principes qui paraissent nécessaires à la construction et à l'amélioration du système de santé universel et public du Canada. L'Association est d'avis que seule une perspective inspirée de ces valeurs peut nous guider dans l'analyse des questions et des défis essentiels que pose, dans notre contexte actuel, la restructuration des services de santé aussi bien que l'amélioration de l'état de santé des Canadiens.

Nous soumettons également à la réflexion de nos lecteurs diverses orientations stratégiques devant permettre aux Canadiens d'atteindre les objectifs qui suivent :

- préserver le système de santé national, financé à même les fonds publics et fondé sur les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé*;
- s'assurer que l'accès aux soins médicaux appropriés et efficaces soit maintenu partout au pays;
- renforcer, dans tout le réseau de la santé, les objectifs de la dignité humaine et du bien commun;
- mettre en place un plan d'ensemble et des stratégies en vue d'améliorer le réseau de la santé au Canada et de le rendre plus apte à répondre aux besoins des Canadiens;
- mettre l'accent sur la santé et sur la construction d'une société en santé.

1. Des soins de santé pour tous et chacun

Le cas de Caroline

Caroline a cinq ans. Un jour qu'elle marchait avec sa mère, elle aperçoit son ami Jean-Claude, de l'autre côté de la rue. Il revenait à la maison, avec sa mère et son nouveau petit caniche. Excitée à la vue du chien, Caroline se précipite dans la rue, sans prendre garde à la circulation. Le chauffeur de l'autobus qui s'approchait ne peut stopper le véhicule assez rapidement et frappe l'enfant. Pendant que sa mère et des passants s'occupent de l'enfant blessé, un commerçant appelle le 911 pour avoir une ambulance.

L'histoire de Norbert

Norbert a travaillé toute sa vie à Caraquet, Nouveau-Brunswick. Comme son père, Norbert travaille depuis qu'il est adolescent comme pêcheur côtier. À cause du moratoire sur la pêche de la morue, il est au chômage depuis quatre ans. Et les perspectives d'avenir de cette industrie ne sont pas très bonnes. Joanne, sa femme, travaillait elle aussi à l'usine de poisson dans la ville voisine, mais elle aussi est devenue chômeuse.

Cette situation est difficile pour toute la famille. À cause du manque d'argent, il leur faut se contenter de nourriture à bon marché, sans compter qu'ils s'inquiètent constamment des factures à payer et des besoins des enfants. Norbert a aussi perdu confiance en lui-même et n'a plus aucune fierté. Il y a eu des périodes où il a bu plus que de raison, ce qui a augmenté les tensions familiales. Un bon matin, il s'est rendu voir son médecin de famille à cause du redoublement de ses douleurs à l'estomac, qu'on avait diagnostiquées il y a peu de temps comme étant causées par un ulcère.

* * *

Bien que le milieu et l'état de santé de ces deux personnes soient grandement différents, il y a une vérité fondamentale qui s'en dégage : soigner, c'est se mettre au service des gens qui souffrent et répondre à leurs besoins. Nous devons le faire, comme individus aussi bien que comme société.



Dans certains cas, soigner signifiera qu'on mette en place un réseau efficace de soins de santé afin d'apporter l'aide nécessaire à ceux qui sont malades, blessés ou qui souffrent d'une maladie chronique. Dans d'autres, il faudra se montrer capables de soigner non seulement les symptômes, mais aussi les racines du mal. Lorsque l'espoir de guérir n'est plus possible, le but premier des soins devrait être d'assurer la qualité de vie par des soins physiques, émotionnels et spirituels pour le patient ou le résident, aussi bien que pour sa famille.

Au cours des cinq dernières années au Canada, nous avons adopté des politiques et mis en place des systèmes qui manifestent un engagement certain en faveur de la santé en tant que bien public, et qui supposent l'adoption du principe selon lequel les coûts du traitement de la maladie et des soins des malades doivent être en majeure partie assumés par l'ensemble des citoyens de la nation. Notre système de santé, l'assurance-maladie, ne s'est pas développé sans défis, luttes et confrontations. Néanmoins, il n'a pas cessé d'évoluer au cours des ans et de répondre toujours de mieux en mieux aux besoins des Canadiens.

Avec le tournant du siècle, nous arrivons à un autre jalon important dans l'évolution de notre réseau de la santé. Les gouvernements et les prestataires de soins reconsidèrent son organisation. Les nouvelles technologies et le progrès de la science médicale entraînent des changements qui nous forcent à nous demander si les prestataires, les établissements et les lits d'hôpitaux sont nécessaires en aussi grand nombre. Les objectifs budgétaires des gouvernements donnent lieu à une grave remise en question de la manière dont le système est financé. Même la façon dont nous définissons maintenant la santé nous oblige à adapter nos méthodes traditionnelles et à reconnaître les effets qu'ont les politiques publiques sur la santé de la population.

Mais l'ACCS est d'avis qu'en nous efforçant de relever les défis et de répondre aux pressions qui s'exercent actuellement sur le système de santé, nous ne devons pas perdre de vue notre objectif fondamental. Les soins de santé ont en effet comme but essentiel de répondre aux besoins humains de guérison et d'épanouissement. Nous devons garder constamment cet objectif en vue, surtout à cette époque où nous avons tendance à faire passer la productivité et la rentabilité avant le facteur humain. Fondamentalement, lorsque nous parlons de restructuration du réseau de santé, nous pensons à répondre encore mieux à la nécessité de rétablir et de promouvoir la plénitude de vie, et d'exercer plus pleinement notre devoir à l'égard de ceux qui sont dans le besoin.

Le soin de la maladie

Le cas de Caroline nous rappelle notre nature mortelle et notre propre vulnérabilité. Il souligne aussi la nécessité d'un réseau de santé qui puisse répondre rapidement et efficacement aux besoins des malades, des blessés et de ceux qui sont atteints d'une maladie chronique. Aujourd'hui, les Canadiens craignent de ne pas trouver, plus tard, les soins dont ils auront besoin. Les fermetures d'hôpitaux se multiplient et nous entendons parler de plus en plus des conflits entre les professionnels de la santé et les gouvernements, et surtout des réductions incessantes du financement accordé au secteur. Quoi qu'il en soit, la prévention et le traitement de la maladie par des soins efficaces doivent continuer d'être inscrits comme objectifs premiers du régime de santé.

Il est bien évident cependant que notre réseau de santé pourrait être utilisé de façon plus efficace. Il pourrait tirer meilleur parti des résultats obtenus par divers traitements et procédures. Une forte proportion de lits d'hôpitaux continue d'être utilisée par des personnes qui n'ont pas besoin de soins aigus, sans compter les tests et l'utilisation inappropriée de remèdes qui entraînent des coûts majeurs pour le système et augmentent les risques de maladie pour le public.

Le rythme avec lequel le changement s'est produit dans le réseau, et l'apparent manque de plan d'ensemble, a amené un grand nombre de Canadiens à se demander si tout le débat sur la restructuration n'est pas simplement un écran de fumée pour parvenir à réduire les sommes à consacrer aux soins de santé. Un tel contexte aurait simplement pour but de forcer les professionnels de la santé à faire davantage avec moins. Mais si ces derniers n'ont pas l'assurance que les malades seront soignés quand ils en auront besoin, il est peu probable qu'ils s'intéresseront aux efforts à faire sur d'autres facteurs importants, extérieurs au secteur de la santé, qui ont une portée sur la santé et le bien-être de la population.

La promotion de la santé et du bien-être

Bien que notre réseau de la santé soit bien conçu pour répondre aux besoins du côté des soins de la maladie, il semble moins susceptible de favoriser l'adoption de stratégies capables d'améliorer la santé et de susciter la construction de milieux de vie plus sains.

Comme le montre l'histoire de Norbert, nous n'arriverons à répondre efficacement aux besoins des Canadiens que si nous nous entendons sur la

façon de concevoir et de définir la santé. Guérir la maladie a été la fonction première que s'est donné notre système de santé. Mais guérir la maladie suppose qu'on en cherche les symptômes, puis qu'on trouve la cause de ces symptômes et qu'on prenne les moyens de les éliminer ou d'en réduire les effets. Avec une telle approche, la santé tend à être définie en termes d'absence de maladie.

De nos jours, une nouvelle vision de la santé qui distingue entre soigner et guérir se fait jour. Soigner suppose une approche plus holistique et suggère une conception de la santé qui souligne le fait que nous sommes constitués d'éléments biologiques, psychologiques et spirituels, et qui souligne que chacun d'entre nous est profondément influencé par son milieu physique et social. S'il en résulte un équilibre harmonieux, nous sommes alors «en bonne santé». Si l'une de nos ressources internes est déficiente ou fait continuellement l'objet d'attaques, nous devenons alors victimes d'une maladie ou l'autre. Lorsque la science réduit la maladie à ses seuls symptômes physiques, elle fait preuve d'une bien pauvre compréhension de la nature humaine. Elle traitera la maladie, pendant que l'être humain malade se trouvera négligé.

Pour Norbert, un travail significatif qui lui donnerait le sens de sa dignité et de sa valeur propre jouerait un rôle essentiel pour son retour à la santé et au bien-être. La surexploitation des stocks de poisson nous rappelle donc aussi que notre santé et notre bien-être sont directement reliés à l'environnement et à notre façon d'exploiter les ressources de la terre. Nous nous rendons compte de plus en plus que le réseau de la santé ne peut pas à lui seul compenser pour les effets néfastes engendrés par une situation sociale, économique ou environnementale difficile.

Le défi

Quiconque veut contribuer à améliorer la santé des Canadiens fait face à un double défi. D'abord, la prévention et le traitement des maladies doivent demeurer l'un des buts premiers du système. Comme société, nous devons nous donner les moyens de faire face à la maladie. Mais il ne faut pas en conclure que nous devons simplement continuer à fonctionner comme nous l'avons fait dans le passé. La situation actuelle nous force à continuer à examiner sérieusement la manière dont nos services sont organisés et assurés, et à entreprendre toutes sortes de changements en vue d'éliminer les pratiques inefficaces et inappropriées au sein du réseau.



Deuxièmement, il nous faut reconnaître que le réseau de la santé n'est qu'une des composantes du large éventail de facteurs et de déterminants de la santé et du bien-être. Pour être en santé, il nous faut un environnement sécuritaire et propre, un travail significatif qui donne à chacun le sens de sa valeur propre et de sa dignité, sans compter qu'il nous faut aussi devenir de plus en plus conscients des facteurs spirituels, émotionnels et sociaux déterminants de la santé physique et du bien-être.

L'ACCS est d'accord avec les nombreux commentateurs qui rappellent que l'objectif de l'amélioration de la santé des Canadiens ne doit pas être ramené à une lutte, dans l'utilisation des ressources, entre le soin des maladies et la promotion de la santé. La santé et le bien-être sont des concepts larges dont aucun secteur particulier ne peut, ni ne doit réclamer la responsabilité exclusive, mais auxquels tous les secteurs doivent contribuer. Le Forum national sur la santé n'hésitait pas à déclarer récemment que si une société est sérieuse dans ses efforts de promotion de la santé et du bien-être de la population, elle doit procéder à une reconfiguration de ses ressources dans toute son économie, et non pas seulement au plan de son secteur de la santé.²

* * *

Après avoir ainsi décrit quelques-uns des défis que le secteur de la santé et la politique publique en général doivent relever, nous nous penchons maintenant sur l'évolution qu'ont connu les soins de santé au Canada. Les racines de certains défis actuels, en effet, de même que la clé de certaines difficultés auxquelles nous faisons face, se trouvent dans cette histoire.

2. L'évolution des soins de santé au Canada

Dans leur ouvrage intitulé *Wasting Away: The Undermining of Canadian Health Care*, Pat et Hugh Armstrong nous montrent que ce fut d'abord la question de savoir comment financer les soins hospitaliers qui a suscité la création du système de santé dont nous jouissons dans ce pays.

Quelques années avant la guerre, les Canadiens ont souffert des effets de la Grande Crise. Avec le retour à la paix, et après des années d'autres sortes de sacrifices, les Canadiens ont réclamé de leur gouvernement qu'il leur assure plus de sécurité et qu'il prévienne une autre crise... Un des risques dont ils réclamaient le partage a été celui des coûts de la santé. Ils ont demandé un accès égal à ces soins sans les risques financiers individuels qu'ils comportaient à cette époque.³

Le premier programme public universel d'assurance-maladie a été mis sur pied par la province de la Saskatchewan en 1947. Dix ans après, le gouvernement fédéral s'inspirait de cette initiative et parvenait à faire adopter la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*. En vertu de cette loi, les provinces devaient continuer d'administrer leur propre régime de soins de santé, et le fédéral acceptait de son côté de couvrir la moitié des coûts de services spécifiés. Le respect de cinq principes, concernant surtout l'égalité d'accès au service de santé, demeurait cependant conditionnel au versement par le fédéral des sommes prévues.

Le premier principe touchait *l'universalité de la protection*, c'est-à-dire que tous les services devaient être fournis à tous les résidents assurables sans égard à leur capacité de payer, leur âge ou leur maladie. Les services devaient également être *accessibles*, c'est-à-dire qu'on devait pouvoir se les procurer avec une facilité raisonnable, sans obstacles financiers ou autres. Il fallait aussi assurer *l'intégralité* des services et donc fournir tous les genres de soins nécessaires. La *transférabilité* devait également être assurée de manière que les contribuables puissent obtenir les services requis même s'ils se trouvaient temporairement à l'extérieur de leur province. Et enfin, l'organisation des services devait être sans but lucratif et *administrée par un organisme public*, c'est-à-dire par une instance reconnue par le gouvernement fédéral.

Grâce à cette législation, les Canadiens pouvaient recevoir des soins hospitaliers sans devoir s'endetter personnellement. Il s'agissait d'un engagement de l'ensemble de la population à partager les risques de la maladie. Par contre, il a fallu attendre l'adoption de la *Loi sur les soins médicaux* en 1966 pour que les coûts des soins donnés par les médecins soient couverts. Avec cette nouvelle législation, le gouvernement offrait de payer la moitié des coûts de ces services à toute province qui s'engageait à créer un régime d'assurance public à cet effet. Les cinq principes établis en 1957 étaient imposés une fois de plus comme condition de participation au régime.

À la fin des années soixante-dix, on a craint que l'accès aux soins ne soit menacé. C'était le problème de la surfacturation qui se posait; certains médecins et hôpitaux facturaient directement les patients en plus et au-delà des taux établis pour un service particulier. En 1984, le gouvernement fédéral réagissait contre cette situation et adoptait la *Loi canadienne sur la santé*.

Cette loi contribua à renforcer encore les principes qui avaient été élaborés pour l'assurance-maladie; elle édictait aussi des pénalités pour ceux qui exigeaient des tickets modérateurs et se qui livraient à la surfacturation. Elle stipulait que les transferts fédéraux aux provinces seraient réduits d'un montant équivalent aux sommes recueillies par des frais directs aux patients. Dès lors, les provinces se sont conformées et ont éliminé ces pratiques.

Au cours des années quatre-vingt toutefois, le gouvernement a commencé à se retirer du secteur de la santé. Des réductions draconiennes des transferts aux provinces pour les soins de santé ont commencé à miner la confiance du public dans l'engagement du gouvernement fédéral à préserver le système de santé. Le programme de Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), établi en 1995, prévoit une réduction de millions de dollars chaque année, à compter de 1996, des paiements fédéraux. En novembre 1996, le Groupe d'intervention action-santé (HEAL) déclarait, qu'en dépit de ses affirmations réitérées à l'effet que l'assurance-maladie était un engagement sacré qu'il ne cesserait de défendre, le gouvernement fédéral a fait bien peu pour honorer cet engagement.

Actuellement, nous en sommes à un autre tournant important de la longue évolution du secteur de la santé dans ce pays. Les Canadiens demandent aux gouvernements de faire preuve encore une fois du leadership nécessaire pour répondre aux besoins de soins de santé de la population. Ils s'attendent à ce que des mesures soient prises en vue de préserver les meilleurs éléments du régime d'assurance public, et ils comptent que les autorités en place se seront données les justes orientations nécessaires pour procéder aux changements qui doivent être apportées à notre système.

3. Le chaos : une source potentielle de créativité

L'ACCS est d'avis que, malgré les fortes compressions budgétaires et le climat général de chaos et d'incertitude qui règne au sein du réseau national de la santé, les Canadiens peuvent encore demeurer optimistes. Toute période de chaos peut en effet servir de catalyseur pour un nouveau sursaut d'énergie créatrice. Nous croyons, quant à nous, qu'il est à la fois nécessaire et possible de procéder à des changements tout en préservant les valeurs essentielles et les principes qui ont contribué au développement de notre réseau actuel de la santé. Le débat courant sur les nouvelles orientations à donner au secteur de la santé nous offre l'occasion :

- de nous réengager nous-mêmes en faveur de nos valeurs fondamentales;
- de travailler à réorienter la politique publique en nous fondant sur une conception élargie de la santé;
- d'agir en fonction de notre connaissance des déterminants de la santé;
- de nous engager sérieusement dans une gestion efficace des services de santé.

1. Une époque de réengagement

Nous vivons à une époque de profonde évolution et de remises en question radicales de bien des structures et institutions qui font partie du fondement même de notre société. Le climat de compression budgétaire qui nous force à refaçonner nos programmes sociaux soulève des débats sur des questions aussi graves que celle de notre identité comme individus, comme communautés et comme nation.

La politique canadienne en matière de santé et de services sociaux s'éclaire d'une vision fondée sur des valeurs sociales. Les principes de l'universalité, de l'intégralité et de l'accessibilité prennent en effet leurs racines dans une préoccupation d'égalité, de justice et de souci pour tous ceux qui sont dans le besoin. Le résultat d'une étude récente intitulée *Exploring*

*Canadian Values: Foundations for Well-Being*⁴ nous montre que la compassion qui engendre un sentiment de responsabilité collective demeure l'une des valeurs les plus permanentes dans l'esprit des Canadiens. Il n'a jamais été aussi nécessaire qu'aujourd'hui de réaffirmer et d'appliquer les valeurs essentielles qui nous ouvriront de nouveau à une vision capable de nous engager dans un nouveau contrat social.

2. Une époque de réorientation de la politique publique fondée sur une vision élargie de la santé

Comme nous l'avons vu, les luttes qui ont mené à l'instauration de l'assurance-maladie ont toujours été faites pour assurer l'accès aux services de santé, premièrement aux services hospitaliers, puis aux services médicaux. Le financement public a donné lieu au développement d'un système axé sur le traitement de la maladie par la pratique d'une médecine curative. Or, comme nous le découvrons de nos jours, même si le traitement et la prévention de la maladie demeurent essentiels et doivent être préservés, la santé signifie beaucoup plus que les services de santé.

Le document de travail de l'ancien ministre fédéral de la Santé Jake Epp, *La santé pour tous*, résume bien cette nouvelle prise de conscience : «Nous en venons à conclure que notre système de santé, dans sa forme actuelle, ne répond pas adéquatement aux principaux problèmes que pose la santé de nos jours»⁵. L'obligation de transformer notre secteur de la santé et notre politique publique en général exige que nous prenions maintenant en sérieuse considération une vision élargie de la santé, une conception qui reconnaît la santé comme étant un état de bien-être physique, mental, spirituel et social.

3. Une époque qui nous engage à agir en fonction de notre connaissance des déterminants de la santé

La plupart des décisions qui ont été prises au fil des ans, dans nos orientations politiques sur la santé, ont été inspirées de la conviction que ce sont les services de santé appropriés qui constituent le déterminant premier de la santé. Bien que les services médicaux et autres soins de santé jouent un rôle vital lorsqu'il s'agit de la souffrance et de la maladie, les véritables causes de l'amélioration de la santé se trouvent dans des directions dont le secteur traditionnel de la santé ne s'est jamais beaucoup préoccupé.

Nous ne faisons que commencer à comprendre comment les facteurs sociaux jouent un rôle déterminant sur l'organisme, et comment ils causent la maladie. Nous commençons également à reconnaître l'effet qu'exercent les conditions sociales et économiques sur les enfants et, plus tard, sur leur santé comme adultes. Il y a aussi le travail qui, à cause de ses rapports avec le sentiment de la valeur propre et l'estime de soi d'une personne, est de plus en plus reconnu comme un des déterminants cruciaux de la santé. Ce dont nous avons maintenant besoin, c'est d'une approche fondée sur notre connaissance du large éventail de déterminants de la santé de la population : les facteurs biologiques, le style de vie, l'environnement physique, l'environnement social et économique, et le bien-être spirituel.

4. Une époque où nous devons nous engager sérieusement dans une gestion efficace des services de santé

Ces dernières années, pratiquement toutes les provinces ont procédé à un vaste examen de leur réseau de santé. Mais les résultats obtenus nous offrent un portrait fort différent de celui que nous brossent les personnes selon qui nous ne pouvons plus nous permettre de maintenir un système financé par les fonds publics.

De façon générale, chaque enquête a conclu que les principes fondamentaux du financement du secteur canadien de la santé — universalité, intégralité, financement à même les impôts — sont justes. Aucun n'a permis de reconnaître le bien-fondé des accusations de sous-financement généralisé, non plus que de la nécessité d'un retour au financement privé. Mais elles ont également conclu qu'à l'heure actuelle, une bonne part des services de santé assurés au Canada sont inefficaces, mal évalués ou inutilement coûteux, voire inappropriés.⁶

Le défi qui se pose à nous consiste donc à créer des mécanismes qui nous engageront dans une gestion responsable, efficace et appropriée des services assurés. En effet, notre réseau actuel de la santé s'est développé en l'absence de tels mécanismes.

4. Valeurs essentielles — Liens avec le passé et jalons de l'avenir

Les valeurs essentielles

Les valeurs correspondent à des croyances, à des normes ou à des principes sur lesquels se fonde une action. La liste qui suit souligne les valeurs qui doivent inspirer la politique et la prise de décision en matière de santé. Bien qu'elles soient présentées l'une après l'autre, ces valeurs se complètent les unes les autres et forment ensemble une assise unique pour l'amélioration de notre système de santé.

1. La dignité de la personne humaine — La dignité de la personne doit demeurer le principe fondamental des soins de santé. Cette dignité essentielle doit être reconnue à tout être humain; les droits de chaque personne exigent donc un égal respect. Dans une telle perspective de la personne, les soins de santé correspondent à un droit de chacun. Le maintien de l'universalité aussi bien que de l'accessibilité des soins de santé, sans acceptation d'aucun obstacle financier ou autre, doit demeurer un des objectifs premiers des autorités gouvernementales et engager l'adhésion de tous les Canadiens.

2. La santé pour tous — La santé, conçue en rapport avec le bien-être physique, émotionnel, spirituel et social, est une valeur primordiale. La bonne santé résulte d'un équilibre harmonieux entre ces diverses facettes de la personne. L'amélioration de la santé engage la responsabilité individuelle aussi bien que collective.

3. Les soins de santé en tant que service — Les changements radicaux qui se sont produits dans notre société au cours des trente dernières années ont laissé leur marque sur les institutions traditionnelles, y compris les établissements de santé. Dans cette même foulée, la médecine s'est graduellement mécanisée et a perdu son âme.⁷ Le temps est maintenant venu de remettre en valeur l'art de «soigner». Les soins de santé constituent un bien social essentiel, un service à apporter aux personnes dans le besoin; ils ne peuvent pas être monnayés, à la manière d'une denrée qu'on échange contre

un profit et que l'on peut se procurer ou non en fonction de ses moyens financiers. Étant donné aussi que ces services doivent tenter de soigner aussi bien que de guérir, les soins d'ordre spirituel constituent un élément central de cette valeur essentielle.

4. Soin et compassion — Les moyens que nous offrent la science et la technologie modernes ne peuvent pas remplacer les effets guérisseurs d'une atmosphère de compréhension et de compassion. Une des critiques courantes faites au secteur actuel de la santé a trait à son refus de notre besoin de nous occuper culturellement et rituellement de la douleur, de la maladie et de la mort. Il est vrai que des efforts concertés doivent être faits pour éliminer la maladie et la douleur, mais lorsque la souffrance et la mort paraissent inévitables, il est important d'aider les gens à découvrir que ces expériences peuvent avoir un sens positif pour leur vie.

5. La responsabilité collective et la communauté — Comme Canadiens, nous avons toujours fait preuve d'un sens profond de la compassion et de la compréhension envers les personnes dans le besoin. Ce sentiment de responsabilité collective nous a amenés à engager nos gouvernements à intervenir directement dans l'allègement des disparités économiques et dans la plus grande élimination possible des menaces au bien-être que pose la maladie ou l'infirmité. Il est reconnu qu'une des meilleures façons de juger de la qualité d'une société est de regarder comment elle traite les plus faibles et les plus pauvres de ses membres.

La vision élargie de la santé que nous avons décrite dans les premières pages de ce document accorde une grande place à la communauté ainsi qu'aux relations d'aide. Celles-ci jouent un rôle essentiel pour la santé et la guérison. Actuellement, certains regroupements informels d'hommes et de femmes qui se rencontrent pour parler de leurs souffrances et chercher des moyens de s'occuper ensemble des maux qui les affligent constituent des lieux remarquables de guérison.

6. Une gestion responsable — Notre réseau traditionnel de la santé s'est développé comme en l'absence de toute limite. Mais de nos jours, plus que jamais dans le passé, il nous faut reconnaître que les ressources ne sont pas illimitées et qu'elles doivent être gérées avec sagesse. Étant donné son rôle central dans notre économie, le secteur de la santé doit maintenant trouver les meilleurs moyens, avec ses ressources limitées, d'assurer les services de santé, de protéger la vie humaine et d'aider à la dignité de la personne.

Cette gestion responsable doit devenir un souci pour toutes les femmes et tous les hommes qui oeuvrent dans le secteur. Elle suppose que nous sachions apprécier la valeur du travail et le rôle que celui-ci joue dans notre épanouissement personnel. Elle exige également que nous rejetions tout exercice du pouvoir qui donne lieu à une domination des autres.

7. La justice sociale — Les effets de la justice sur la santé et le bien-être sont de plus en plus reconnus par la société. Travailler à promouvoir la santé et le bien-être suppose donc autre chose que de soigner les symptômes; il nous faut également nous attaquer aux sources de la souffrance. Si l'on veut se soucier de la santé, il faut s'engager à explorer et à modifier les racines des maladies qui se trouvent dans les attitudes et les styles de vie personnels, ainsi que dans la façon dont fonctionne notre société.

8. La réflexion éthique — Les services de santé deviennent de plus en plus complexes. Les prestataires de soins et les établissements de santé sont constamment appelés à décider de la meilleure façon de contribuer au bien des patients, des résidents et de la collectivité. Lorsque les jugements de valeurs en matière d'éthique, de droits, de devoirs et de responsabilités entrent en conflit, les prestataires de soins et les décideurs ont besoin d'un cadre moral qui leur permette d'analyser la situation et de prendre des décisions éclairées.

* * *

L'ACCS est d'avis que l'application de ces valeurs essentielles aiderait les responsables du secteur de la santé et les autorités publiques de notre pays à évaluer les initiatives et les efforts qui sont déployés partout dans le secteur, en même temps qu'à se donner une vision véritablement inspirante de l'avenir.

Dans les pages qui suivent, nous tentons de mettre ces valeurs en rapport avec douze points majeurs à examiner, dans nos efforts en vue de préserver l'assurance-maladie et d'améliorer l'état de santé et le bien-être des Canadiens.

5. Douze points majeurs à examiner

1. Valeurs et soins de santé

Le soin des malades et des mourants constitue une mesure éloquente de la qualité morale d'une société. Les soins de santé sont d'une importance première tant pour la dignité humaine que pour la poursuite du bien commun.

Dans une allocution présentée à l'assemblée annuelle de l'Association catholique de la santé du Manitoba, en 1996, le Dr Nuala Kenny, membre du Forum national sur la santé, a démontré que le réseau canadien de la santé a émergé de la tradition chrétienne, laquelle a toujours poursuivi un ensemble de valeurs essentielles. Ce thème a aussi été développé par le regretté Cardinal Joseph Bernardin, alors qu'il rappelait les épreuves et les changements sociaux qui ont marqué notre époque, et qu'il notait combien la médecine moderne s'était graduellement départie de ses valeurs de base et de son fondement moral originel.⁸

L'ouvrage *Exploring Canadian Values* conclut que les Canadiens, tout en appuyant les efforts de réduction des dépenses du gouvernement, souhaitent que la compassion et la recherche de la qualité qui sont à l'origine des programmes sociaux de ce pays soient toujours conservées. En particulier, que la règle essentielle des soins de santé pour tous soit maintenue. «Les résultats des sondages ainsi que des groupes de discussion nous indiquent qu'un sentiment de responsabilité mutuelle et de souci de l'autre demeurent au centre des valeurs que les Canadiens considèrent comme essentielles.»⁹

À l'heure actuelle, alors que le pouvoir de décision se trouve concentré dans les salles de conseil du gouvernement et des grandes sociétés, et que bien des voix contradictoires s'efforcent d'influer sur les décisions, il est plus important que jamais de réexaminer et de réaffirmer les valeurs sociales fondamentales sur lesquelles notre secteur de la santé est établi. Ensuite, il nous faudra incorporer ces valeurs dans le processus de prise de décision en matière de santé et de soins de santé.

2. Nos attentes et l'existence de certaines limites

Comme dans tous les autres domaines, les soins de santé doivent être prodigués à l'intérieur de certaines limites. On peut ainsi supposer au départ que nous ne ferons jamais tout le bien que nous aimerions faire.

En tant que société, nous reconnaissons assez facilement qu'à bien des niveaux de l'entreprise humaine, les exigences d'une gestion responsable nous obligent à poser des limites. Pourtant, lorsqu'il s'agit de soins de santé, nous ne semblons pas prêts à en accepter.

Lord Beveridge, un des fondateurs du Service de santé national de Grande-Bretagne, avait prédit, dans les années 40, que «... lorsque tout le monde aura accès aux soins de santé, la demande de soins diminuera avec le temps, à mesure qu'on répondra aux besoins»¹⁰. Notre situation actuelle nous amène à dire qu'en faisant une prédiction aussi ambitieuse, il avait négligé de tenir compte d'un facteur important. C'est que les systèmes de santé comme les nôtres ont généré un dynamisme interne d'expansion continue. De nouveaux traitements et de nouvelles thérapies suscitent toujours une demande accrue. Nous définissons de nouveaux besoins et nous nous attendons toujours ensuite à ce que le système y réponde.

Notre résistance à accepter des limites s'explique, en partie, par certaines hypothèses très répandues chez nous au sujet de la médecine — des hypothèses qu'il nous faut remettre en question et, dans certains cas, modifier ou rejeter. La médecine moderne part en effet du principe que les racines de la maladie sont principalement biologiques. De plus, le but de l'intervention médicale est d'apporter la guérison. Il s'ensuit donc, si une intervention est le moins possible, qu'il faut intervenir. Or, le plus souvent, dans un tel système, le traitement consiste soit en l'administration de drogues, soit en l'intervention de la chirurgie.

À l'intérieur d'un tel système, d'énormes pressions s'exercent, de la part du patient comme du prestataire de soins, pour essayer tous les moyens possibles de guérir un mal ou d'obtenir des améliorations rapides. Et cela se produit même s'il apparaît évident que toutes les drogues, instruments et techniques en usage n'ont pas été rigoureusement testés pour en assurer l'efficacité aussi bien que la sûreté. Pour ce qui est des drogues, les tests sont laissés à ceux qui les développent et les fabriquent à des fins commerciales. Quant aux techniques médicales, on estime que 15 à 20 p. cent seulement d'entre elles ont été soumises à un examen scientifique quelconque.¹¹

Ce genre d'approche ne prend pas non plus considération du fait qu'un pourcentage élevé de symptômes physiques sont de plus en plus reconnus comme originant de l'état psychologique et spirituel des gens. Voilà qui explique comment une étude de la province de l'Alberta a permis de découvrir que «trois des drogues les plus fréquemment prescrites dans la province sont des psychostimulants qui travaillent sur l'humeur des gens et masquent les problèmes plutôt que de les régler»¹².

Il ne faut pas en conclure qu'on ne guérit pas de ces maladies et qu'aucun traitement n'est valable. Il faut plutôt insister sur le fait qu'en réformant le secteur de la santé, nous devons constamment nous questionner aussi bien sur nos hypothèses de base sur le soin de la santé que sur la nécessité des tests, des interventions et des drogues. En même temps bien sûr, nous devons travailler à améliorer les techniques utilisées pour guérir les maladies et soulager la souffrance.

3. Les besoins des plus vulnérables

Les besoins des pauvres doivent être considérés comme prioritaires. Nul parmi les riches et les gens en santé ne doit ignorer le devoir qu'il a d'aider les victimes de la pauvreté et de la maladie.

En 1984, la Conférence des évêques catholiques du Canada a publié un document intitulé *Choix éthiques et défis politiques*. Dans cet ouvrage, les évêques soulignent la nécessité de se pencher sur certaines questions éthiques fondamentales concernant les valeurs et les priorités qui gouvernent notre ordre socio-économique. Ils rappellent que «pour être authentique, le développement doit être intégral. Il doit combler les besoins sociaux, économiques, culturels et spirituels de toute la personne»¹³.

Dans cet examen de l'ordre socio-économique du Canada, la Conférence des évêques relève certains problèmes majeurs, qui affectent la santé et le bien-être des Canadiens et contribuent à l'aliénation et à la souffrance d'un nombre important de personnes au sein de notre société : les travailleurs pauvres, les chômeurs, les autochtones, les personnes âgées et les enfants. Or, ces problèmes identifiés en 1984, sont peut-être devenus encore plus graves de nos jours.

- Le chômage massif — La restructuration actuelle de l'économie a engendré les niveaux de chômage les plus élevés depuis les années 30. Certains analystes soutiennent que le chômage constitue le plus grand risque de notre époque pour la santé.
- La privation d'aide sociale — Les programmes sociaux, aux niveaux fédéral et provincial, continuent de faire l'objet d'importantes coupures. Malgré les filets de sécurité, les victimes de ces coupures se retrouvent généralement parmi les segments les plus pauvres de la population.
- L'augmentation de la pauvreté — Les chiffres publiés par le Forum national sur la santé montrent qu'entre 1984 et 1993, le nombre de familles biparentales vivant dans la pauvreté a augmenté de 54 p. cent. De plus, actuellement au Canada, 45 p. cent des familles monoparentales vivent en-dessous du seuil de pauvreté.
- La désintégration sociale — La recherche montre qu'il existe un lien direct entre l'estime de soi d'une personne, son besoin de jouer un rôle significatif dans la société et son état de santé. Le document de la CÉCC nous rappelle que «la crise persistante du chômage, par exemple, laisse entrevoir une profonde tragédie humaine et sociale... Ces drames personnels se traduisent en graves problèmes sociaux : l'alcoolisme, le suicide, l'effondrement de la famille, le vandalisme, le crime, le racisme et la violence dans la rue»¹⁴.

Un des éléments premiers de toute politique globale en matière de santé doit être de tenter de répondre aux besoins de santé des pauvres et des démunis. Il est devenu urgent d'investir dans la santé et le bien-être des enfants, et des mesures immédiates de lutte contre la pauvreté des enfants au Canada sont devenues prioritaires.

4. Le rôle du gouvernement

Le gouvernement a un rôle de premier plan à jouer dans la protection du droit de tous les Canadiens aux soins de santé. L'objectif de l'élimination des déficits budgétaires ne doit pas prendre préséance sur le principe directeur des soins de santé pour tous.

a) Le gouvernement fédéral

Les transferts aux provinces

La vue d'ensemble du développement du secteur de la santé que nous avons présentée plus haut montre combien l'engagement du fédéral dans la santé et les politiques de la santé est vital pour l'intégrité et la pérennité de notre régime d'assurance-maladie. Depuis les années soixante-dix, toutefois, le gouvernement fédéral se retire de plus en plus du domaine des soins de santé, ce que démontre surtout la réduction de son financement direct aux provinces à ce chapitre.

Toutefois, l'établissement d'un plancher de 11 millions de dollars que le gouvernement fédéral a établi en 1996 par son programme de Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) (devant prendre effet en l'an 2000) constitue une mesure positive. Sauf que dans tout le pays, on se demande si cette mesure représente vraiment un engagement à long terme d'effectuer des transferts monétaires assez importants pour permettre à toutes les provinces d'assurer un accès raisonnable égal aux services de santé.

Il faut reconnaître que l'application de la *Loi canadienne sur la santé* a été remise en question à cause de la réduction des transferts monétaires de la santé. En dépit du plancher de transferts monétaires promis en vertu du TCSPS, le gouvernement a imposé des compressions de 2,5 milliards de dollars en 1996-1997 et fera encore d'autres réductions de 4,5 milliards en 1997-1998. Or, le secteur de la santé ne peut pas souffrir de telles amputations. Étant donné que les objectifs de réduction du déficit du fédéral ont été dépassés, nous considérons que le gouvernement fédéral devrait renoncer aux futures coupes dans les paiements du TCSPS. En outre, ces transferts devraient augmenter au même rythme que l'économie (mesurée selon le produit intérieur brut), afin de préserver une valeur réelle aux transferts et de tenir compte de la croissance de la population et des taux d'inflation.

La promotion de la santé — Reconfigurer les ressources à l'intérieur de l'économie

En 1974, un document du gouvernement fédéral intitulé *Nouvelles perspectives sur la santé des Canadiens* (le Rapport Lalonde) faisait référence à des résultats montrant que les soins de santé ne jouent qu'un rôle limité dans la détermination de l'état de santé de la population. Depuis lors, il semble que le gouvernement ait utilisé cette analyse comme une excuse pour se libérer de ses obligations de financement du secteur de la santé. À nos yeux, les efforts de réorganisation du secteur de la santé ne doivent en rien diminuer la responsabilité du fédéral de fournir le financement suffisant pour permettre aux contribuables, lorsqu'ils sont malades, d'obtenir les soins de santé appropriés. Pour améliorer les conditions qui favoriseront l'état de santé et le bien-être des Canadiens, il faut procéder à une reconfiguration des ressources dans tout l'ensemble de l'économie, et non pas seulement des fonds consacrés aux soins de santé.

Dans le Rapport Lalonde, la prévention de la maladie et la promotion de la santé étaient (et continuent d'être) envisagées en termes de style de vie individuel et de choix personnels. Cette nouvelle perspective a contribué à l'adoption de stratégies visant à donner le pouvoir aux individus d'assumer plus pleinement la responsabilité de leur santé. Bien que nous soyons en faveur des efforts déployés en vue d'un meilleur équilibre entre les soins de santé et la promotion de la santé, le fait qu'on insiste de plus en plus fortement sur la responsabilité individuelle en matière de santé comporte, à nos yeux, des implications inquiétantes. Une telle insistance sur le comportement personnel pour l'atteinte et la protection d'un bon état de santé, lorsqu'elle s'inscrit dans le courant idéologique de plus en plus répandu dans notre société en faveur de la responsabilité individuelle plutôt que collective, contribue à miner l'engagement de la société envers les valeurs essentielles qui ont façonné notre régime de soins de santé.

Une stratégie globale

Une présence fédérale plus active au niveau des politiques de la santé, de même qu'un réengagement envers la vision de l'assurance-maladie, nous paraissent essentiels. Grâce à notre adhésion au Groupe d'intervention action-santé (HEAL), nous nous sommes joints à 27 autres organisations nationales intéressées à la santé et à la consommation, pour demander au gouvernement fédéral de faire preuve de tout le leadership auquel nous avons droit de nous attendre pour le maintien d'une vision nationale de la santé. Le gouvernement fédéral a un rôle essentiel à jouer pour le soutien et la construction du réseau national de la santé. Aussi convaincantes que soient

les raisons pratiques indiquées plus tôt, «... la raison d'être la plus forte au plan émotionnel est que l'assurance-maladie, le pivot des programmes sociaux canadiens, est la caractéristique la plus marquante de l'identité canadienne. Ainsi, les Canadiens sont unanimes à reconnaître que la sauvegarde et la consolidation de leur système de santé en fonction de normes et d'objectifs établis à l'échelle nationale sont la bonne chose à faire»¹⁵.

À notre avis, le rôle du gouvernement fédéral devrait être plus explicitement défini, rehaussé et plus visible. Entre autres tâches clés, il devrait :

- cultiver un esprit communautaire à l'échelle nationale, et susciter ainsi une certaine uniformité dans tout le pays;
- établir une stratégie d'ensemble pour tout le secteur de la santé, fondée sur des principes et des objectifs nationaux d'état de santé et de soins de santé;
- assumer un rôle de premier plan dans la création d'un environnement social, économique et physique devant contribuer à ces objectifs;
- créer un cadre et des stratégies en vue d'une répartition appropriée des ressources;
- assurer un accès universel aux services appropriés de santé dans l'ensemble du secteur, et non limité aux services assurés par les établissements hospitaliers;
- assumer des responsabilités explicites envers les besoins de soins de santé de segments de la population qui relèvent directement de la compétence fédérale (p. ex. les peuples autochtones, le personnel militaire et les anciens combattants).

Nous pensons également que la recommandation de certains analystes à l'effet de créer un conseil national permanent de la santé qui deviendrait une tribune permettant de débattre des politiques du Canada en matière de santé mérite d'être examinée. Un tel conseil ferait rapport annuellement aux Canadiens sur les progrès accomplis en regard des objectifs nationaux. Les luttes actuelles qui se sont engagées dans le système ont souligné la nécessité de structures permanentes qui nous permettraient de discuter plus efficacement des questions clés en matière de politique de la santé. Ce conseil aurait pour tâche de placer le débat sur le développement de la politique nationale de la santé sur la scène publique.

Le défi qui se présente à nous est d'amener tous les Canadiens à avoir une même vision pour l'avenir du secteur de la santé. Le travail du Forum national de la santé a été une importante étape dans cette direction et ce travail doit être élargi afin d'engager le Canadien moyen.

b) Les gouvernements provinciaux

Les stratégies provinciales en matière de santé ont porté presque exclusivement sur les questions de financement. Même si les détails varient d'une province à l'autre, l'orientation demeure la même. Ces stratégies visent les deux plus importants éléments de dépense dans les budgets provinciaux de la santé : les paiements aux médecins et les soins hospitaliers.

Devant la réduction du financement fédéral, les provinces ont adopté diverses mesures en rapport avec les médecins, allant du gel et de la réduction de leurs tarifs à l'imposition d'un maximum à leur revenu, en passant par la limitation du nombre de candidats à la pratique médicale. Il est peut-être trop tôt pour juger de l'impact de ces mesures, mais certains commentateurs considèrent que bien qu'elles puissent contribuer à contrôler les montants payés directement aux médecins, elles ne règlent pas adéquatement le problème des coûts de la santé, pas plus que les questions relatives à la qualité des soins.

En ce qui concerne la réduction du financement des hôpitaux, les provinces ont pris des mesures encore plus draconiennes. La plupart ont établi en effet un montant fixe à accorder à chaque hôpital ou groupe d'hôpitaux. Il revient ensuite à chaque établissement ou instance régionale de la santé de déterminer comment opérer à l'intérieur de ce budget.

Les stratégies qui en ont résulté ont contribué à abrégé les séjours à l'hôpital, à augmenter les services cliniques et les chirurgies d'un jour, à diminuer le nombre de lits et à réduire le personnel, à faire de la sous-traitance, et à déménager les patients d'établissements de soins prolongés dans des résidences ou dans la communauté.

Les problèmes qui résultent de ces stratégies deviennent de plus en plus évidents. Même si les nouvelles techniques permettent de réduire la durée des séjours à l'hôpital, peu de personnes et de familles disposent du temps, des aptitudes ou de la capacité d'apporter les soins et le soutien qui sont souvent nécessaires aux malades qui retournent dans leur foyer. Les autorités n'ont pas tenu compte de la menace que pose cette situation pour l'ensemble des coûts de la santé et pour la santé de la population.

Malheureusement, la réduction des coûts et l'abrégement des séjours à l'hôpital sont devenus les normes d'efficacité. Les réductions de personnel ont aggravé les difficultés; les employés qui restent doivent concentrer leurs efforts sur les tâches curatives les plus nécessaires, ce qui leur laisse peu de temps pour assurer la présence, le réconfort et la compréhension qui sont si nécessaires au processus de guérison.

Partout, les établissements se sont vus forcés de donner en sous-traitance les services d'alimentation, de buanderie et de nettoyage. Et trop souvent, le seul critère utilisé pour le choix de l'entrepreneur est son aptitude à réduire les coûts, sans égard aux effets de cette politique sur les employés de l'établissement. Il faut tenir compte également des hypothèses sous-jacentes à la sous-traitance qui donnent à penser qu'un hôpital est une entreprise comme toutes les autres et que les sociétés privées, qui poursuivent des fins commerciales, se montrent plus efficaces du point de vue de la gestion des coûts.

En dernier lieu, pour ce qui concerne la désinstitutionnalisation, les mesures de soutien à la communauté qui devaient accompagner ce mouvement sont loin d'être toutes en place. Cette situation, combinée à la tendance dans certains milieux gouvernementaux à parler des soins de santé comme d'une responsabilité communautaire et privée, a créé un certain cynisme au sein du public concernant les plans de réforme du secteur de la santé.

L'ACCS est d'avis que les gouvernements provinciaux ont agi jusqu'ici sans tenir compte des effets à long terme et des coûts associés à leurs décisions. Les mesures récentes qu'ont adopté plusieurs gouvernements provinciaux pour réinjecter de l'argent dans le secteur de la santé sont peut-être significatives à cet égard. Les gouvernements ne font que commencer à élaborer des plans d'ensemble pour les soins de santé. Trop souvent, ils n'ont fait que procéder à des compressions. Bien plus, il n'existe pratiquement aucune preuve ou résultat de recherche pour les nombreuses hypothèses sous-jacentes aux stratégies qu'ils ont adoptées jusqu'ici, à l'effet par exemple que ce qui est plus gros est meilleur, que la régionalisation permettra d'assurer des soins plus efficaces, et que la désinstitutionnalisation se fait toujours pour le plus grand bien du patient.

5. Les soins de santé ne sont pas une denrée commerciale

Toute personne a droit à des soins de santé qui soient à la fois accessibles et équitables. Ceci étant le cas, il existe une différence fondamentale entre la prestation de soins médicaux et la production et la distribution d'autres biens et services.

Certains soutiennent que l'expansion du financement privé dans le secteur de la santé apporterait divers avantages et contribuerait à préserver et à améliorer le réseau tout entier. Ils font valoir que les soins de santé ne correspondent pas seulement à une institution sociale, mais sont également une denrée commerciale. Ils mettent le doigt sur certaines lacunes à l'intérieur du marché des soins dont on pourrait tirer des revenus et, selon eux, le secteur privé pourrait répondre à ces besoins non comblés. Ils s'empressent d'ajouter que même si le secteur privé est motivé par le profit, il ne faut pas en conclure qu'il ne peut pas se préoccuper de la qualité des soins ou de la satisfaction des clients.

Il faut dire que le secteur de la santé au Canada s'est toujours adressé au secteur privé pour certains genres de services qui ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires par les régimes provinciaux. Mais l'avènement d'un financement, par le secteur privé, de services qui ont toujours été fournis et financés à même les fonds publics amènerait la création d'un secteur parallèle et commercial. À nos yeux, un tel changement causerait de graves menaces à notre secteur à but non lucratif et pourrait aussi entraîner des conséquences graves pour les patients et pour la société en général.

Pour nous, il existe une différence fondamentale entre la prestation des soins médicaux et la distribution de denrées. «Toutes les institutions de la société ne doivent pas avoir comme objectif essentiel d'obtenir un taux raisonnable de rendement sur le capital... la valeur de la vie humaine et la qualité de la condition humaine sont gravement diminuées lorsqu'elles ne correspondent plus qu'à des considérations purement économiques.»¹⁶ La disponibilité de bons soins de santé est vitale à toute vie communautaire digne de ce nom. Elle est en rapport avec les aspects les plus intimes de nos vies — notre corps, aussi bien que notre âme et notre esprit. Comme tel, le soin d'une personne ne peut pas être réduit à de simples denrées.

Nous croyons en outre que l'émergence de services hospitaliers et médicaux parallèles et privés minerait l'intégrité de notre régime

d'assurance-maladie. Il est reconnu premièrement — le système américain en est un exemple — que «la couverture par des sources multiples, plutôt que par un financement public universel, conduit à une escalade incontrôlable des coûts»¹⁷, et, deuxièmement, que l'instauration d'un système parallèle met directement en cause les principes de l'équité et de l'universalité.

6. La nécessité de maintenir un modèle de services de santé financés par le secteur public

Les soins de santé sont un bien social qui appartient à tous les citoyens. L'accès universel aux services médicaux nécessaires, sans égard à la possibilité de payer, doit demeurer une caractéristique essentielle de notre système de santé.

Le système a fait ses preuves

Certains prétendent que notre réseau de la santé ne fonctionne plus, qu'il est sous-financé et qu'il nécessite plus de fonds. Face aux incertitudes créées par les compressions budgétaires actuelles, il a été facile pour ceux qui prétendent qu'une plus grande place doit être faite au secteur privé de faire valoir que la seule façon de préserver l'accès et la qualité des soins est d'injecter des dollars privés dans le système. Comme nous l'avons dit plus haut, ces prétentions ont été réfutées par de nombreuses études récentes.

Une comparaison des dépenses de la santé au Canada en proportion de notre revenu national (produit intérieur brut, PIB), nous donne un portrait favorable de notre situation par rapport aux autres pays développés. Cet examen nous permet également de réfuter l'argument trop répandu selon lequel l'escalade des coûts de la santé est le résultat du financement public. Robert Evans soutient que «c'est exactement le contraire qui est vrai...; l'escalade la plus rapide des coûts s'est arrêtée avec l'établissement de la couverture universelle»¹⁸. Les comparaisons avec les dépenses de la santé d'autres pays au cours de la même période montrent que l'assurance-maladie a, en réalité, permis de créer un système qui fonctionne et qui maintient les soins de santé à des coûts abordables.

Le système de soins de santé du Canada a atteint des résultats remarquables tant pour la préservation de l'accès universel à une couverture globale que pour la retenue de la croissance des coûts des services. Cette performance s'est révélée excellente en comparaison

du régime américain qui accuse une escalade accélérée des coûts, des changements de plus en plus radicaux dans les établissements et une détérioration de l'équité. La performance canadienne paraît bonne également par rapport aux pays de l'Europe de l'Ouest — une comparaison encore plus exigeante.¹⁹

Un «non» au ticket modérateur

Le débat autour du ticket modérateur se poursuit depuis des décennies. La défense de ses supposés avantages est particulièrement forte dans les périodes où des efforts sont déployés pour réduire les augmentations de coûts des services de santé.

Deux arguments en faveur du ticket modérateur sont généralement mis de l'avant. Le premier est que la population abuse des services de santé par le seul fait qu'ils sont gratuits; le ticket modérateur réduirait les frais inutiles et encouragerait les gens à agir de façon plus responsable. Le second argument est que les coûts du secteur de la santé sont incontrôlables et qu'il faut augmenter sans cesse les fonds à ce chapitre; pourquoi donc ne pas laisser les gens mieux nantis contribuer un peu plus?

Cette façon de penser peut correspondre à un certain sens commun, mais de récentes études préparées par le Canadian Centre for Advanced Research révèlent que ces arguments en faveur du ticket modérateur ne sont pas aussi simples et sans conséquences qu'il ne paraît.

L'expérience des Canadiens à ce chapitre montre que ce sont les personnes riches et en santé qui profitent le plus de cette forme de paiement, et que ce sont les malades pauvres qui y perdent le plus.²⁰ Le but poursuivi est peut-être de réduire le recours non nécessaire aux services, mais le résultat final revient à transférer les coûts publics aux budgets privés et à faire porter la plus grande partie du poids de ces transferts sur les membres les plus malades de la population. Le rapport du Canadian Centre for Advanced Research résume le problème comme suit : «Il ne fait aucun doute qu'il existe un (très) petit nombre de patients qui font un mauvais usage (et même exagéré) des services de santé, mais ceux qui pensent qu'on peut éliminer le problème par une politique générale de tickets modérateurs pour la plupart des services et pour la plupart des Canadiens font penser à quelqu'un qui voudrait éliminer les mauvaises herbes de leur gazon à coups de bélier mécanique, sans même avoir la garantie de faire disparaître *toutes* les mauvaises herbes»²¹.

Même s'il faut reconnaître que le secteur canadien de la santé doit être soumis à de sérieuses compressions budgétaires, le passage à un système de ticket modérateur nous amènerait à nous départir du système, financé en majeure partie par nos impôts, dont nous jouissons aujourd'hui. Il nous forcerait également à changer nos critères d'accès aux soins de santé. Avec le régime actuel, en effet, l'accès ne doit être justifié que par le besoin. Avec le ticket modérateur, l'accès dépendrait en partie de notre capacité de payer. Ce qui nous est présenté comme une affaire de sens commun représente, en réalité, un changement dans les valeurs fondamentales sur lesquelles la société canadienne a choisi de se fonder pour la prestation des soins de santé.

7. Une perspective communautaire de la santé

Les politiques de la santé devraient encourager les initiatives qui aident les Canadiens à être en meilleure santé et à le demeurer. De meilleurs résultats à cet effet pourraient être obtenus — en même temps que par la restructuration des services de santé — par des politiques et des programmes touchant les conditions de vie des Canadiens.

Malgré les multiples avantages apportés par le financement public des soins de santé, il faut reconnaître la présence de certaines conséquences négatives. Le financement public a favorisé l'expansion d'un réseau centré sur les soins aigus, ce qui a contribué à mettre davantage l'accent sur les soins médicaux et les soins en établissement, et surtout les soins hospitaliers. En 1993, par exemple, les dépenses d'hospitalisation ont compté pour 38 p. cent de toutes les dépenses de la santé.²²

Jusqu'ici, la réforme du secteur a surtout porté sur les coupures, plutôt que de favoriser la prévention de la maladie, la promotion de la santé et les déterminants de la santé. «Il en résulte que les soins de santé sont devenus moins accessibles et que l'accent sur le modèle médical est encore plus marqué que par le passé.»²³

Notre réseau de la santé exige une transformation qui aille au-delà de la réduction du nombre de lits, des fermetures d'hôpitaux et du changement des méthodes de paiement pour les médecins. Nous sommes d'accord avec la position prise par l'Association canadienne de santé publique (ACSP) dans son document intitulé *Priorité à la santé*, à l'effet que le travail de restructuration qui se poursuit à travers le pays pourrait être l'occasion d'investir davantage dans la santé de la population.

Nous savons tous déjà depuis des décennies que des résultats positifs sur la santé pourraient être obtenus par une plus grande insistance sur la santé, et pourtant, bien peu de signes nous montrent que cette compréhension plus large se reflète dans les changements envisagés. La transformation de notre réseau de la santé exige que nous investissions plus que jamais dans la santé de toute la personne et de la population.

L'ACCS prône une vision large et holistique, dans une perspective de santé communautaire. Nous soutenons que la pierre d'angle d'une société en santé se trouve dans la reconnaissance de la valeur et de la dignité de chaque personne humaine. En ce sens, notre première préoccupation doit être de favoriser un meilleur état de santé et un plus grand bien-être pour les gens, tant comme individus que comme membres de la société; cela suppose que nous accordions toute l'importance, en même temps qu'aux soins nécessaires de la maladie, au large éventail de déterminants de la santé, dont les facteurs biologiques, le style de vie, l'environnement physique, le logement, le revenu, l'éducation, l'emploi, le bien-être spirituel et les diverses formes de soutien social.

Nous sommes inquiets du fait qu'au moment où nous commençons à comprendre les effets importants qu'exercent les conditions économiques et sociales sur la santé, et particulièrement le chômage, les gouvernements se mettent à imposer des coupures dans les dépenses et les programmes sociaux. Il est bien évident que pour assurer des conditions de sécurité économique et sociale à la population, nos gouvernements fédéral et provinciaux doivent disposer des ressources budgétaires nécessaires, mais pour autant, est-il nécessaire que la restructuration économique entreprise par nos gouvernements pour éliminer leurs déficits, entraîne d'aussi graves effets au plan social?

Nous sommes surtout préoccupés par le fait que l'élimination du déficit et la réduction de la dette soient devenues une priorité si prépondérante que tous les autres politiques et programmes publics, y compris ceux de la santé, doivent leur être subordonnés. Nous devons malheureusement constater en effet que les programmes sociaux sont devenus la cible principale des coupures budgétaires et que ces mesures contribuent à élever encore davantage les niveaux d'insécurité économique et sociale. Une telle stratégie fait preuve d'un manque total de considération pour le fait, pourtant bien établi, que la santé des individus, des familles et des communautés est affectée par des changements aussi rapides aux plans économique et social.

8. Développer un continuum de services

La gestion responsable et le respect des éléments physiques, émotionnels, spirituels et sociaux du bien-être des personnes exigent que nous établissions des services de santé, ainsi qu'un financement de ces services, qui permettent de répondre à leurs besoins.

Nous sommes d'avis que la nécessité de réorienter les services de santé dans un cadre plus équilibré, qui place le soin des maladies dans un ensemble plus large et orienté vers la prévention et la promotion de la santé, constitue un des défis les plus importants de la restructuration du secteur de la santé. D'après les chiffres fournis par l'ACSP, la majeure partie des dépenses fédérales et provinciales en matière de santé, soit de 90 à 95 p. cent, sont consacrées aux traitements. Il ne reste donc que de 5 à 10 p. cent pour financer les services et les programmes qui servent à garder les gens en santé, c'est-à-dire des programmes de prévention de la maladie et de promotion de la santé.²⁴ Quant au financement des dimensions spirituelles des soins de santé, il demeure sporadique et, dans bien des cas, non existant.

L'adoption d'une approche plus holistique exigerait «une conception du système de services de santé sous la forme d'un continuum qui irait des services communautaires pour la promotion de la santé à des soins communautaires et à des soins hospitaliers pour la plupart des membres malades de la population»²⁵. Ce continuum comprendrait les soins palliatifs et reconnaîtrait le droit des individus de recevoir les soins qui leur permettent de vivre aussi pleinement que possible jusqu'à leur mort.

Un tel changement dans la prestation des services de santé exigerait un effort particulier pour que leur financement puisse suivre les personnes selon leurs besoins, plutôt que d'aller directement vers les établissements et les praticiens en fonction de leurs activités. Il faudrait, pour y parvenir, apporter des changements fondamentaux à la manière dont le secteur est actuellement financé et structuré.

Ces dernières années, plusieurs gouvernements provinciaux ont créé des structures régionales de divers types. Leur but était, en partie, d'établir un système devant assurer les services nécessaires au moment et à l'endroit voulus, et de le faire de façon efficace. Les dispositions financières fondées sur la population et en fonction de systèmes de prestation intégrée est une autre option qui est envisagée en vue d'établir ce continuum coordonné de services.

Transformer notre système en fonction de cet objectif suppose tout un changement dans la conception même du système de santé. Il faudrait, pour y parvenir, passer du système actuel dans lequel l'hôpital tient la place centrale à un système de services qui entourent les utilisateurs.

Il faudrait également assurer la coordination et l'intégration des soins primaires grâce à un réseau de services et de prestataires de soins. Un tel changement exigerait l'établissement de directives de pratiques cliniques et un plan de «cheminement critique standard» dans tout le continuum. Nous croyons que l'utilisation de telles pratiques contribuerait à réduire les coûts et à améliorer la qualité des services.

Le développement d'un continuum de services donnerait également la chance de développer une perspective communautaire plus large au sein du système, et aiderait ce dernier à mieux répondre aux besoins de communautés particulières, en assurant la coordination du travail d'un large éventail de prestataires de soins à domicile et de services sociaux et autres.

La poursuite de cet objectif conduira à l'instauration de nouveaux systèmes qui contribueront à un meilleur équilibre entre le modèle du traitement des maladies et cet autre modèle axé sur la prévention, la protection et la promotion de la santé. Il faudra également restructurer la façon de fournir les services de manière à intégrer tous les aspects des soins médicalement nécessaires, depuis les soins aigus aux soins à domicile et aux médicaments d'ordonnance.

Il sera nécessaire, à notre avis, d'analyser et d'évaluer l'efficacité des diverses initiatives actuellement prises dans cette direction, afin de s'assurer qu'elles contribuent effectivement au développement d'un continuum de services, tout en préservant aussi bien la qualité que l'accessibilité.

9. Intégralité

La prestation des services de santé et la répartition des ressources financières devraient être orientées vers les domaines qui offrent le plus d'avantages pour la santé.

L'objectif que nous proposons dans la partie précédente pour la transformation, le financement et la gestion des services de santé exigerait des modifications majeures aux structures actuelles. Notre analyse nous a permis de souligner la nécessité de répondre efficacement aux besoins spécifiques de soins de santé de communautés distinctes. Elle nous a fait constater qu'il faudrait de nouvelles applications des règles de financement de manière à soutenir les programmes qui produiront les plus grands avantages pour la santé. L'organisation et les règles de financement qui existent aujourd'hui posent des limites aux politiques qui pourraient être appliquées, ou même envisagées, car la *Loi canadienne sur la santé*, comme nous l'avons dit plus tôt, ne s'applique qu'aux services médicaux et hospitaliers.

Nous sommes d'accord avec ceux qui soutiennent que les tentatives en vue de définir les «services médicalement nécessaires» et d'en établir la liste feraient probablement plus de mal que de bien. Pourtant, des changements devront être apportés si nous voulons parvenir à créer un secteur de la santé qui assure un continuum de soins et possède la souplesse nécessaire pour répondre aux besoins de communautés spécifiques, tout en assurant un accès équitable aux services essentiels.

L'ACCS est d'avis que le financement des services de santé ne devrait pas être restreint aux seuls soins médicaux et hospitaliers, mais être réorienté vers un ensemble plus large de services, assurés par une diversité de professionnels qui soient responsables aussi bien du soin des maladies que de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie et de la protection de la santé. Une telle approche inclurait les services sociaux, les soins à domicile, les services de relève et les soins de jour, de même que les soins de la vue, les produits pharmaceutiques et les soins dentaires.

Le système de santé du Canada s'est développé grâce à un mélange de financement public et privé, et cet arrangement va probablement se maintenir. Il nous faut toutefois décider de la proportion de financement privé que nous voulons garder par rapport au financement public. Cette question est particulièrement importante pour le domaine des soins prolongés qui sert une population très vulnérable.

10. Une politique sur les produits pharmaceutiques

La politique concernant l'usage de médicaments dans le réseau de la santé devrait poursuivre les objectifs suivants : l'accessibilité, le contrôle des coûts, l'efficacité et l'utilisation appropriée. Des fonds suffisants devraient être prévus pour la surveillance et la production de rapports concernant la sûreté, la qualité et l'efficacité des produits.

Tout plan de transformation du secteur de la santé doit tenir compte, comme élément central, des défis que posent les politiques et pratiques actuelles en matière de médicaments d'ordonnance. Voici une liste des difficultés qui se posent de ce point de vue²⁶ :

- les médicaments brevetés comptent pour 86,7 p. cent de toutes les dépenses en médicaments au Canada (1995);
- la proportion des visites à un médecin de famille qui donnent lieu à l'établissement d'une ordonnance est de une sur deux;
- le pourcentage du budget de la santé dépensé en médicaments est de 12,7 %;
- la proportion de tous les nouveaux médicaments mis sur le marché de 1991 à 1995 qui n'améliorent *pas* substantiellement la thérapie est de 92 %;
- le nombre des 24 nations les plus industrialisées (autres que le Canada et les États-Unis) qui n'ont pas de régime universel d'assurance-médicaments est de zéro.

La hausse dramatique des coûts des médicaments d'ordonnance, ces dernières années, est attribuable principalement aux coûts des nouveaux médicaments brevetés. La protection de 20 ans accordée aux grandes sociétés pharmaceutiques en vertu du projet de loi C-91 retarde la concurrence en retenant les médicaments génériques canadiens moins coûteux à l'écart du marché. Nous demandons au gouvernement fédéral de prendre les mesures nécessaires pour que les médicaments génériques entrent rapidement sur le marché. L'examen du projet de loi C-91 par le Parlement, lequel doit avoir lieu en 1997, fournit une excellente occasion de régler certains de ces problèmes.

L'établissement de listes de prix de référence est une option qu'il faudrait prendre davantage en considération comme moyen de contrôler les coûts des

médicaments. La méthode a été utilisée avec succès dans des pays comme l'Allemagne et la Nouvelle-Zélande. Le but de ce programme est de fournir aux médecins une information scientifique à jour ainsi que les prix pratiqués, afin qu'ils puissent prescrire les médicaments les moins coûteux pour les contribuables, sans compromettre les soins médicaux. La province de la Colombie-Britannique a adopté ce programme en octobre 1995; en l'espace de dix mois, il a produit un impact notable sur les pratiques des médecins quand ils rédigent une ordonnance. L'épargne enregistrée au cours de cette période initiale a été de 21 millions de dollars.

Aucune province au Canada ne possède de régime universel d'assurance-médicaments. En conséquence, une part importante des coûts des médicaments est laissée aux sociétés d'assurance privées. Le nombre estimatif de Canadiens qui ne sont couverts par aucun régime d'assurance-médicaments est de 3,6 millions.

À tout cela, il faut ajouter les difficultés concernant l'utilisation inappropriée de produits pharmaceutiques ainsi que le trop grand nombre d'ordonnances qui engendrent une hausse incessante du recours aux médicaments. Il n'est pas toujours certain que l'établissement d'une ordonnance équivale à de bons soins.

Nous croyons que le temps est venu de mettre en place un régime national et universel d'assurance-médicaments en vue de remplacer le «patchwork» des régimes actuels. Le but de ce régime serait de contrôler les dépenses et les coûts des médicaments, et d'en améliorer l'accès et l'utilisation au moyen d'un régime public dans lequel l'accès aux médicaments est compris comme service médical nécessaire en vertu de la *Loi canadienne de la santé*.

11. Les honoraires des médecins

Les médecins, de même que tous les prestataires de soins, méritent un juste salaire. La pratique de la médecine, toutefois, est plus qu'une entreprise commerciale ou économique. Elle est une vocation qui place le bien du patient au-dessus de tous les autres intérêts.

«En 1993, 15,1 p. cent de toutes les sommes dépensées au chapitre de la santé sont allées directement aux médecins. Toutefois, il a été calculé que les médecins comptent pour autant que 80 p. cent des dépenses de la santé par leurs prescriptions de médicaments et de tests, de chirurgies et d'institutionnalisation.»²⁷ Si notre but est d'assurer la prestation des soins appropriés, et de trouver les moyens pour que les services soient plus efficaces, notre méthode actuelle de paiement à l'acte doit être remise en question. Diverses options sont actuellement à l'étude.

La mise en place d'un régime salarial apporterait certains avantages. Les faits montrent que dans certaines situations, la formule du salariat fonctionne bien. Par exemple, les médecins salariés rattachés à des cliniques publiques ont tendance à prescrire moins de tests, moins de médicaments, à recommander moins de chirurgies et à consacrer plus de temps aux questions de promotion de la santé.²⁸ Un des inconvénients du système, toutefois, est le manque de *feedback* dont nous disposons sur la valeur des services fournis. Il faudrait donc instaurer un mécanisme de surveillance afin de mesurer les résultats et d'assurer la qualité des soins.

Le forfait est l'autre forme de paiement qu'il faut envisager. Par cette méthode, le médecin reçoit un montant fixe pour chaque patient inscrit à son registre, indépendamment du nombre ou du niveau de services reçus par cette personne. Il y a du pour et du contre à cette manière de procéder. «Malgré les épargnes réalisées grâce au paiement à forfait des spécialistes, et à la réduction des coûts en aval au niveau des médecins de soins primaires, il y a toujours le désir de maximiser les profits qui constitue un risque pour la qualité des services.»²⁹

Nous croyons qu'il faut mettre fin au régime du paiement à l'acte, sauf lorsqu'il est prouvé qu'il s'agit du meilleur arrangement dans certaines circonstances. Mais quelle que soit la méthode adoptée, le but doit être de réduire ce que Evans appelle «les forces d'inertie» au sein du système. Nous ne devrions pas nous surprendre, dit-il, lorsque nous renforçons le monopole des sociétés pharmaceutiques ou augmentons le nombre de médecins *per capita* et que par la suite, les coûts de la santé se mettent à grimper.

12. Les soins primaires — Qui devrait agir comme «portier»?

Les valeurs de la liberté de choix, de l'utilisation appropriée des ressources et de la responsabilité individuelle exigent des changements dans le rôle actuel de «portier» des soins primaires. Il nous faut nous rappeler, comme principe directeur, que la santé provient du pouvoir que nous communiquons aux personnes d'assumer personnellement la responsabilité de leur vie et de leur santé.

En 1978, l'Organisation mondiale de la santé utilisait l'expression «soins de santé primaires» et déclarait qu'ils étaient la clé de la santé pour tous, et qu'il fallait les promouvoir comme un facteur de développement, dans le sens de la justice sociale. Cette prise de position nous fait passer d'une «perspective médicale» à une «vision de la santé» qui tend à réduire la fragmentation entre des systèmes de services aussi fondamentalement humains que sont les soins de santé, les services sociaux reliés à la santé et l'éducation.

Les soins primaires ont été définis comme correspondant à la prestation d'un ensemble intégral de services incluant les premiers contacts et les soins courants qui s'ensuivent. Il comporte la référence aux services appropriés en fonction des besoins du patient et de ses valeurs culturelles. La définition souligne l'importance de tout l'éventail des déterminants de la santé. Les buts des soins de santé primaires ont trait principalement à l'accessibilité, à une insistance plus grande sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé, ainsi qu'à la coopération intersectorielle.

Dans le passé, les médecins — et surtout les médecins de famille — étaient considérés comme le premier point de contact du réseau de la santé et, comme tels, ont été et continuent d'être considérés comme les portiers du système. Mais le concept des soins primaires fait passer le médecin de son rôle isolé de portier à celui de partenaire des autres professionnels de la santé, praticiens, individus et communautés locales dans la prestation de tout l'éventail des services.

Malheureusement, ce changement de rôle ne s'est pas encore produit. La faute est en partie attribuable aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* qui stipule que les services de soins primaires assurés se limitent aux soins donnés par les médecins et à ceux reçus en milieu hospitalier. La loi prévoit

cependant que les gouvernements provinciaux peuvent assurer d'autres professionnels de la santé que les médecins, mais jusqu'à présent, il n'y a eu que quelques applications, par exemple, pour les dentistes et les chiropraticiens dans certaines provinces.

La possibilité de reconnaître divers professionnels de la santé et services reliés à la santé qui pourraient agir comme points d'entrée au réseau de la santé exigera des changements aux structures existantes.

Premièrement, il faudrait réaligner le financement. Il faudra également instaurer une nouvelle méthode de rémunération qui reconnaîtrait les équipes multidisciplinaires de prestataires comme point d'entrée dans le réseau. Ces équipes travailleraient au sein de structures autorisées comportant des directives et des contrôles opérationnels. Un des objectifs d'un tel changement serait de favoriser des interventions appropriées et d'éliminer des dépenses inutiles.

L'atteinte des objectifs des soins primaires dépend en outre du degré d'information et d'engagement du public. Comme programme permettant aux gens d'assumer un plus grand contrôle sur leur propre santé et sur les facteurs qui influencent leur santé, les soins primaires comportent plus que des services de santé et des programmes de sensibilisation. Le but visé est de développer une approche qui combine le choix personnel à la responsabilité sociale en matière de santé, et qui donne aux individus le pouvoir de faire une utilisation plus efficace et plus appropriée des services de santé.

6. Conclusion

Au début de ce document, nous avons souligné le fait que le but des soins de santé est de répondre aux besoins humains de guérison et d'épanouissement personnel. Nous exprimons ainsi notre souci non seulement pour le soin des patients, mais également pour l'état de santé général de la population. Le travail de réorientation du secteur de la santé, avec l'adoption d'une vision de la santé pour l'ensemble de la société, doit nous engager ensemble à mieux répondre à la nécessité de restaurer la santé et de promouvoir la plénitude de vie.

Nous croyons que les valeurs essentielles soulignées dans ce document peuvent fournir une importante mesure pour l'évaluation et la solution des nombreuses questions courantes, dans notre volonté d'améliorer la santé et le bien-être des Canadiens. Restaurer l'épanouissement des personnes exige de prêter attention non seulement à leur condition physique, mais également à leur bien-être spirituel et social. Pour atteindre cet objectif, notre système de santé doit incorporer un ensemble de valeurs qui contribuent aux objectifs de la dignité humaine et du bien commun. Sans un tel cadre de valeurs, nous craignons que les objectifs économiques finissent par supplanter les buts et objectifs de la santé.

Tout en appliquant ces valeurs essentielles à quelques-unes des questions de santé les plus pressantes, nous avons recommandé un certain nombre d'initiatives qui font appel à l'engagement non seulement des gouvernements, mais également des prestataires de soins et des individus. Ce document a pour but d'alimenter le dialogue chez les membres de l'ACCS et ses partenaires, et de les soutenir dans leurs efforts visant l'amélioration du secteur de la santé aussi bien que de la santé des Canadiens.

Renvois

1. Commission royale sur les services de santé, 1964.
2. «Rapport de synthèse du Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre», dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, Forum national sur la santé, 1997.
3. Pat Armstrong et Hugh Armstrong, *Wasting Away - The Undermining of Canadian Health Care*. Toronto : Oxford University Press, 1996, pp. 53-54.
4. Suzanne Peters, *Exploring Canadian Values: Foundations for Well-Being*. Ottawa : Canadian Policy Research Networks Inc., 1995.
5. Jake Epp, *La santé pour tous*, Ottawa : Approvisionnement et services Canada, 1984, p. 4.
6. Robert G. Evans, «Health Care Reform: "The Issue from Hell"», *Policy Options*, 14 (6), 1993, p. 35.
7. Le Cardinal J. Bernardin, *Renewing the Covenant With Patients and Society*, une allocution à l'American Medical Association House of Delegates, le 5 décembre 1995. Publié par la Catholic Health Association of the United States, p. 5.
8. Ibid., p. 4. Analysant les raisons de la perte graduelle des valeurs originelles de la pratique médicale, le Cardinal Bernardin déclarait : «Par exemple, les progrès de la science médicale et de la technologie ont fait grandir les perspectives de guérison, mais ont réduit l'instance de la fonction soignante de la médecine traditionnelle. Entre autres facteurs, il faut aussi tenir compte de la commercialisation des pratiques médicales, de la préoccupation croissante de certains médecins pour leur revenu monétaire, et de la perte du sentiment d'humilité et du sens de l'humain chez certains praticiens».
9. S. Peters, *Exploring Canadian Values*, p. 69. Note : Le 23 janvier 1997, le *Globe & Mail* publiait les résultats d'un sondage indiquant que 57 % des 2 000 adultes canadiens questionnés entre le 15 décembre et le 15 janvier ont déclaré qu'ils souhaitaient que le gouvernement réinjecte de l'argent dans les programmes; les dépenses pour l'emploi et les soins de santé sont pour eux les plus grandes priorités.
10. Michael Rachlis et Carol Kushner, *Strong Medicine - How to Save Canada's Health System*. Toronto : Harper Collins Publishers Ltd., 1994, p. 11.

11. P. Armstrong et H. Armstrong, *Wasting Away*, p. 28.
12. Ibid., p. 35.
13. Conférence des évêques catholiques du Canada, *Choix éthiques et défis politiques - Réflexions éthiques sur l'avenir de l'ordre socio-économique du Canada*, 1984, p. 5.
14. Ibid., p. 13.
15. Groupe d'intervention action-santé (HEAL), *The Federal Role in Health*, version préliminaire d'un Document à paraître, p. 7.
16. Le Cardinal Joseph Bernardin, «The Case for Not-for-Profit Health Care», dans *Origins*, 24, (32) (1995), 539.
17. R. G. Evans, «Health Care Reform», p. 37.
18. R. G. Evans, «Health Care Reform», p. 37.
19. Robert G. Evans, «Health Care in the Canadian Community», dans *Looking North for Health Care*, New York : Jossey-Bass, 1993, p. 25.
20. Greg. L. Stoddart, Morris L. Barer, Robert G. Evans et Vandna Bhatia, *Why Not User Charges? The Real Issues*. Document de travail N° 29 du Canadian Centre for Advanced Research, 1993, pp. 7-8.
21. Ibid., p. 7.
22. P. Armstrong et H. Armstrong, *Wasting Away*, p. 168.
23. Ibid., p. 93.
24. Association canadienne de santé publique, *Priorité à la santé - La santé publique dans la réforme des services de santé*, 1996, p. 1-13.
25. Ibid., p. 1-6.
26. La Coalition canadienne de la santé, *Une ordonnance pour le pillage - Un manuel sur l'industrie pharmaceutique canadienne*, 1996, p. 20.
27. P. Armstrong et H. Armstrong, *Wasting Away*, p. 168.
28. Ibid., p. 171.
29. Larry Bryan, *A Design for the Future of Health Care*. Toronto : Key Porter Books, 1996, p. 73.