



ASSOCIATION DES
INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS
DU CANADA

Examen du Plan décennal pour consolider les soins de santé

**Mémoire présenté au Comité sénatorial
permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie**

Le 28 novembre 2011

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) a préparé ce document en vue d'accomplir sa mission, de réaliser sa vision et d'atteindre ses buts.

L'AIIC est la voix professionnelle nationale des infirmières et des infirmiers autorisés du Canada. En tant que fédération de 11 associations et ordres provinciaux et territoriaux représentant 143 843 infirmières et infirmiers autorisés, l'AIIC fait progresser la pratique et la profession infirmière afin d'améliorer les résultats pour la santé et de renforcer le système de santé public et sans but lucratif du Canada.

Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, stockée dans un système d'extraction de données ou retranscrite sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit (procédé électronique ou mécanique, photocopie, enregistrement ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur.

© Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, Driveway
Ottawa ON K2P 1E2
Tél. : 613-237-2133 ou 1-800-361-8404
Téléc. : 613-237-3520

ISBN 978-1-55119-371-7

Novembre 2011

Introduction

Dans le contexte d'un cadre des soins de santé primaires (SSP) et devant une toile de fond constituée des déterminants sociaux de la santé, ce mémoire de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) porte sur le plan décennal pour consolider les soins de santé signé par les premiers ministres en 2004. Il présente des recommandations pour aller de l'avant dans un processus de transformation des soins de santé qui s'applique au renouvellement de l'accord fédéral-provincial-territorial (F-P-T) sur la santé en 2014.

L'AIIC attribue une priorité de premier plan à ses contributions aux discussions et aux consultations précédant le renouvellement de l'accord sur la santé. Les positions adoptées par l'AIIC reposent sur les propositions de valeur suivantes :

- Le leadership fédéral pour améliorer la santé du Canada doit favoriser la coopération à l'intérieur des gouvernements, entre eux et avec les professionnels de la santé au mieux des intérêts de la population canadienne.
- L'intendance et l'application de la *Loi canadienne sur la santé* devraient appuyer les principes des SSP et l'universalité dans le contexte d'un système de santé public sans but lucratif.
- Il faut un cadre pancanadien relatif à l'obligation de rendre compte en matière de santé qui inclue l'établissement d'indicateurs de qualité et de rendement comparables entre les provinces et les territoires afin de relever les défis clés du système de santé et d'optimiser les résultats pour la santé.

Afin d'optimiser les résultats pour la santé des Canadiens, l'AIIC demande au gouvernement fédéral d'élaborer et d'appliquer un cadre pancanadien relatif à l'obligation de rendre compte en matière de santé pour surveiller le rendement du système de santé. L'AIIC est d'avis que nous pouvons bénéficier au maximum du temps et des ressources qui restent dans le contexte de l'accord actuel sur la santé en jetant une assise solide et en prenant maintenant des mesures opportunes et appropriées pour favoriser un système de santé intégré, stratégique, accessible et axé sur les patients. C'est pourquoi ce mémoire présente huit recommandations dans les six domaines prioritaires suivants :

1. Appuyer un changement de cap dans les priorités du système de santé.
2. Stabiliser et garantir la capacité du système de santé en injectant de l'argent dans les ressources humaines de la santé (RHS).
3. Élaborer et appliquer une stratégie pancanadienne sur la santé mentale.
4. Élaborer et appliquer une stratégie pancanadienne sur le vieillissement en santé.
5. Élaborer et appliquer une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques.
6. Accélérer la mise en œuvre des dossiers de santé électroniques.

En insistant sur l'intervention dans ces six domaines, nous appuierons des politiques publiques favorables à la santé et des arrangements financiers qui constitueront la force motrice d'une approche intégrée des soins de santé dans tout le continuum des soins, ce qui améliorera finalement la prestation de soins axés sur les patients et l'accès à des équipes interprofessionnelles fondées sur la collaboration.

Recommandations formulées par l'AIIC pour renforcer les soins de santé et améliorer la santé de la population canadienne

1. Que le gouvernement fédéral injecte de l'argent dans des stratégies nationales intégrées afin de relever les défis sanitaires et sociaux associés à la promotion de la santé et à la prévention et à la prise en charge des maladies chroniques.

- 2 Que le gouvernement fédéral injecte plus rapidement de l'argent dans la réforme des soins primaires en visant particulièrement l'accès aux services communautaires et en favorisant l'introduction d'un plus grand nombre d'équipes interprofessionnelles fondées sur la collaboration.
- 3 Que le gouvernement fédéral renforce la capacité du système de santé en injectant de l'argent dans la protection des ressources humaines de la santé du Canada de façon à répondre aux besoins de la population dans ce domaine.
- 4 Que le gouvernement fédéral dirige la création d'un identificateur national unique pour tous les professionnels de la santé du Canada.
- 5 Que le gouvernement fédéral injecte de l'argent dans la mise en œuvre d'une stratégie intégrée visant à fournir des soins complets à tous les Canadiens et Canadiennes qui vivent et sont aux prises avec une maladie mentale, notamment au moyen de modèles interprofessionnels innovateurs et transparents de soins de santé mentale primaires qui tiennent compte du vécu et des réalités de ces personnes et des membres de leur famille.
- 6 Que le gouvernement fédéral dirige l'élaboration d'une stratégie nationale sur le vieillissement en santé qui converge sur le thème général du « vieillissement sur place » à travers tous les âges de la vie, de la petite enfance jusqu'à l'âge avancé, et qui appuie la santé humaine en abordant le vaste éventail des facteurs qui ont une incidence sur la santé des personnes âgées.
- 7 Que le gouvernement fédéral accélère la mise en œuvre d'une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques comprenant au moins :
 - a) un programme national universel et complet d'assurance-médicaments comportant une couverture au premier dollar. Il est essentiel d'instaurer dans tout le Canada une protection contre le coût catastrophique des médicaments qui soit normalisée et basée sur le revenu si l'on veut garantir que l'accès aux médicaments d'ordonnance est fondé sur le besoin et non sur la capacité de payer;
 - b) une agence nationale de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments, qui donne à Santé Canada le pouvoir législatif d'imposer des études cliniques post-commercialisation et d'imposer des amendes aux fabricants ou de retirer des produits du marché s'ils ne satisfont pas aux conditions;
 - c) une liste nationale des médicaments et une stratégie d'achat en commun qui seront créées au cours de la prochaine réunion des premiers ministres. Un système à payeur unique pourrait aider à contenir les coûts grâce au pouvoir d'achat en gros et à la réduction du double emploi au niveau des formalités administratives dans tout le système.
- 8 Que le gouvernement fédéral accélère la mise en œuvre des dossiers de santé électroniques dans tout le système de santé en concentrant les efforts sur les milieux de soins primaires.

Contexte

Lorsque le plan décennal pour consolider les soins de santé a été annoncé en 2004, les premiers ministres ont signalé qu'il s'était dégagé un « profond et vaste consensus sur un programme commun de renouvellement des soins de santé au Canada » – mettant particulièrement l'accent sur les temps d'attente et « l'accès en temps opportun à des soins de qualité » (Santé Canada [SC], 2004, par. 1). Afin d'améliorer cet accès, ils ont décrit la nécessité d'effectuer des investissements stratégiques dans des secteurs tels que l'offre de RHS, ainsi que « des services communautaires efficaces, y compris des soins à domicile, une stratégie pour les produits pharmaceutiques, la promotion de la santé et la prévention des maladies, et des ressources financières appropriées » (SC, 2004, par. 3). En vertu de l'accord, le gouvernement fédéral a accordé 41,3 milliards de dollars de plus aux provinces et aux territoires durant la période de 2004 à 2014 pour appuyer la mise en œuvre du plan (Bibliothèque du Parlement, 2011). Le plan prévoit des efforts dans les dix domaines suivants :

- réduction des temps d'attente et amélioration de l'accès;

- plans d'action stratégiques relatifs aux RHS;
- soins à domicile;
- réforme des soins primaires (y compris DSE et télésanté);
- accès aux soins dans le Nord;
- stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques;
- prévention, promotion et gestion de la santé publique;
- innovation dans le domaine de la santé;
- rapports aux Canadiens et aux Canadiennes;
- prévention et résolution des différends.

Au cours de la phase finale du plan, la population canadienne a besoin que le gouvernement fédéral assume un rôle de gérance et de leadership, rende compte de ses actes et collabore avec ses homologues provinciaux et territoriaux, ainsi qu'avec les professionnels de la santé – notamment avec les infirmières et infirmiers autorisés et avec les infirmières et infirmiers praticiens (IP).

Les recommandations de l'AICC appuient le besoin d'un cadre relatif à l'obligation de rendre compte en matière de santé qui souligne les objectifs et les indicateurs clés des systèmes de santé afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles pour la santé des Canadiens.

Donner suite aux engagements pris pour renforcer les soins de santé

L'engagement clair envers les principes de la *Loi canadienne sur la santé* pris au cours de l'élaboration initiale du plan décennal pour consolider les soins de santé, ainsi que les principes des SSP, devraient continuer de guider le suivi de la mise en œuvre du plan encore en vigueur avant qu'il prenne fin en 2014.

L'AICC cherche à encourager les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à s'engager à établir un nouvel accord sur la santé prévoyant plus d'argent pour appuyer les SSP intégrés en tant qu'impératif stratégique et pratique au Canada. La période qui précède la signature du prochain accord offre une occasion d'aller de l'avant en adoptant une vision nationale cohérente d'un système de santé moderne et sensible qui puisse répondre aux besoins futurs de la population changeante du Canada.

L'AICC demeure un chef de file actif pour ce qui est de promouvoir le besoin en politiques et en pratiques qui mettent l'accent sur une approche intégrée des SSP au Canada et dans le monde (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2002, 2003, 2005). En mai 2011, l'AICC a lancé une Commission nationale d'experts intitulée *La santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé*. Se fondant sur le cadre des trois buts de l'Institute for Healthcare Improvement, qui consiste à améliorer la santé, les soins de santé et le rapport qualité-prix, la Commission

Les résultats qui suivent sont tirés d'un sondage récent effectué pour l'AICC et l'Association médicale canadienne [caractères gras ajoutés] :

- « 90 % des Canadiens sont d'avis que les changements du système doivent être fondés sur les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé – l'universalité, l'accessibilité, la transférabilité, l'intégralité et la gestion publique. Mais les Canadiens croient aussi que le champ d'application de la Loi devrait **s'étendre au-delà des hôpitaux et des médecins** : 86 % sont d'avis que ces principes devraient également s'appliquer à d'autres aspects du système de santé comme les **médicaments d'ordonnance, les soins à domicile et la physiothérapie**. »
- 91 % conviennent que « le système de santé du Canada **a besoin d'être transformé** afin de mieux répondre aux besoins de tous les Canadiens. »
- 89 % des Canadiens « croient que le **gouvernement fédéral devrait jouer un rôle de chef de file** dans la transformation des soins de santé. »
- 92 % « sont d'avis qu'il faudrait convoquer le plus tôt possible une rencontre **des premiers ministres** pour discuter des défis auxquels le système de santé doit faire face. »

(Ipsos Reid, 2011)

recommandera des façons de transformer le système afin de faire passer les personnes et les familles d'abord tout en renouvelant l'accent placé sur l'offre de soins de qualité dans les milieux tant communautaires qu'institutionnels.

Propositions de valeur

- Le leadership exercé par le gouvernement fédéral pour améliorer la santé de la nation devrait favoriser la collaboration à l'intérieur des gouvernements, entre eux et avec les professionnels de la santé, au mieux des intérêts de la population canadienne.

Il incombe à tous les ordres de gouvernement d'optimiser l'utilisation des ressources financières et de garantir un système de santé viable qui réponde aux besoins actuels et futurs de la population canadienne. Cette collaboration devrait viser avant tout à : (1) améliorer l'équité et les résultats dans le domaine de la santé; (2) garantir la pleine capacité (y compris en RHS), l'efficacité et un rendement de qualité dans tout le système; (3) établir des stratégies de collaboration intergouvernementale et intersectorielle qui mettent l'accent sur les principes de la justice sociale et de l'équité en matière de santé et qui reconnaissent le rôle important joué par les déterminants sociaux et environnementaux dans la santé de la personne, de la collectivité et de la population.

- L'administration et l'application de la *Loi canadienne sur la santé* devraient appuyer les principes des SSP et l'universalité de la protection dans un système de santé public sans but lucratif.
- L'assurance-maladie est viable. Toutefois, la montée des maladies chroniques, l'engorgement des urgences, les pénuries de lits de soins de longue durée et le manque de capacité en soins à domicile – sans oublier la montée des coûts des médicaments d'ordonnance – constituent tous des symptômes d'un système de santé qui a désespérément besoin d'être rééquilibré. Les Canadiens ont besoin de leadership et d'injections d'argent dans les programmes de santé publique, les services communautaires et les soins primaires. Les gouvernements et les administrateurs du système de santé doivent réfléchir et agir différemment pour élargir l'application de nouvelles approches telles que les cliniques de santé volantes publiques et sans but lucratif, les services après les heures normales, les visites à domicile et les programmes d'approche communautaire.
- Il faut mettre en place un cadre pancanadien relatif à l'obligation de rendre compte en matière de santé qui inclue l'établissement d'indicateurs de qualité et de rendement comparables entre les provinces et les territoires afin de relever les défis clés du système de santé et d'optimiser les résultats pour la santé.

Les gouvernements ont l'obligation de rendre compte lorsqu'ils établissent des priorités et prennent des décisions sur les politiques de santé publique et l'affectation des ressources ou la prestation de services de santé. Certes, on élabore des objectifs clairs et des indicateurs de grande qualité qui mesurent les améliorations de la santé de la population et du rendement du système, mais leur comparabilité entre les provinces et les territoires est actuellement limitée. Afin de planifier efficacement les programmes et les politiques, de les surveiller et d'en évaluer l'effet, il faut avoir accès à des données solides telles que les statistiques sur la répartition des maladies entre les populations et l'utilisation des services de santé. La planification des RHS, par exemple, devrait reposer sur la disponibilité de fournisseurs de soins de santé et sur les projections des besoins de la population dans le domaine de la santé.

Domaines d'intervention prioritaires

1. Modifier les priorités du système de santé

- Même si l'Organisation mondiale de la Santé a adopté, en 1978, une approche basée sur les SSP comme base de la **prestation efficace des services de santé** (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 1978), les services publics de soins de santé au Canada demeurent en grande partie limités aux visites chez les médecins et aux soins actifs administrés dans les hôpitaux et axés sur la maladie – plutôt que sur des modes de prestation propices aux soins axés sur les patients.

Une approche intégrée des SSP est communautaire, favorise les habitudes de vie saines pour prévenir les maladies et les blessures et reconnaît l'importance des déterminants généraux de la santé. Les SSP allègent les pressions qui s'exercent sur les urgences engorgées, les hôpitaux et les salles d'opération, maximisent les ressources existantes et aboutissent à une population en meilleure santé et plus productive.

- Dans l'accord sur la santé de 2004, les premiers ministres se sont engagés à réduire les **temps d'attente** dans cinq domaines : soin du cancer, arthroplastie de la hanche ou du genou, rétablissement de la vue, chirurgie cardiaque et imagerie diagnostique (Santé Canada, 2004). Le plan vise une plage limitée de services médicaux et, jusqu'à maintenant, il n'a pas fait grand-chose pour alléger les pressions qui s'exercent dans le système de santé en général, ni pour s'attaquer aux causes profondes des problèmes. La concentration de ressources dans un secteur du système contribue à créer des goulots d'étranglement, à causer la fragmentation et à réduire la souplesse dans d'autres secteurs.

Une meilleure façon d'aborder le problème consisterait à élargir les modèles interprofessionnels où tous les membres de l'équipe contribueraient au maximum de leur capacité, ce qui réduirait les temps d'attente et améliorerait l'accès au fournisseur de soins de santé le plus approprié, au bon moment et au bon endroit.

Le fardeau imposé par les **maladies chroniques** s'alourdit dans tout le système et souvent, les services d'urgence et les hôpitaux prennent inutilement en charge le fardeau de problèmes de santé qui pourraient être traités dans la collectivité. L'incapacité de prévenir et de gérer les maladies chroniques propulse les coûts des soins de santé (p. ex., dépenses accrues en médicaments), allonge les temps d'attente pour avoir accès à des services spécialisés et des interventions diagnostiques et chirurgicales et crée une dépendance excessive à l'égard des services d'urgence et des soins actifs.

Les maladies chroniques sont prises en charge de la façon la plus efficace au niveau des soins primaires, dans le contexte de modèles communautaires mettant l'accent sur les équipes interprofessionnelles fondées sur la collaboration. Les centres de santé communautaires et les équipes de santé familiale, par exemple, exploitent à fond le savoir-faire des professionnels de la santé et offrent donc un accès aux soins en temps opportun.

Les politiques et les modes de financement mettent excessivement l'accent sur le soin des maladies aux dépens des soins de santé et du mieux-être.

L'argent consacré à la promotion de la santé et à la prévention des maladies devrait constituer la pierre angulaire de l'optimisation de la santé et du mieux-être des Canadiens durant toute leur vie. Les SSSP placent

Modèles de soins créatifs

L'Ontario a créé tout un éventail de modèles de soins primaires qui offrent des stratégies de rémunération des médecins différentes des pratiques habituelles de rémunération à l'acte (ProfessionsSantéOntario, 2010). Ces modèles comprennent les organismes de santé familiale, les réseaux santé-famille, les équipes de santé familiale (ESF), les centres de santé communautaires (CSC), un plan de financement des groupes ruraux et dans le Nord, des cliniques dirigées par des infirmières praticiennes et un modèle de soins intégrés.

Beaucoup de ces modèles sont caractérisés par des modes de rémunération mixtes, des obligations contractuelles de fournir un panier précis de services, l'inscription des patients et, dans certains cas, des incitations et des primes. Le gouvernement de l'Ontario se concentre sur l'expansion des modèles ESF et CSC qui sont clairement interdisciplinaires.

les Canadiens et la santé au cœur du système de santé. Le dépistage, la détection précoce, le diagnostic et l'intervention produisent une population en meilleure santé et plus productive et allègent les pressions qui s'exercent sur les modèles de prestation de soins actifs.

Le plan décennal reconnaît qu'il faut augmenter l'offre de médecins, d'infirmières, de pharmaciens et d'autres professionnels de la santé, et les signataires s'y engagent à accélérer le travail relatif aux plans d'action et aux initiatives en matière de RHS afin d'assurer une offre adéquate et une composition appropriée des effectifs. Même si le gouvernement fédéral a pris des mesures dans ce domaine, il reste beaucoup de défis à relever pour créer et déployer des équipes interprofessionnelles fondées sur la collaboration.

Les SSP demeurent un impératif stratégique et pratique pour les infirmières au Canada. Un système de santé transformé reconnaît que les infirmières autorisées, les IP et les autres professionnels de la santé sont le guichet d'accès au système – un système qui accroît l'accès aux soins à domicile et aux soins communautaires, améliore la prise en charge des maladies chroniques et aide les familles à s'occuper d'êtres chers qui sont malades. Les infirmières donnent de l'éducation et de l'encadrement en santé et appuient les stratégies de promotion de la santé dans tout le continuum des soins. Les décisions éclairées sur l'utilisation et le déploiement appropriés des RHS doivent reposer sur les besoins de la population et les compétences des fournisseurs afin d'assurer la sécurité des patients et des résultats de grande qualité pour la santé.

Un obstacle problématique et persistant aux équipes interprofessionnelles fondées sur la collaboration au Canada

Beaucoup d'associations et d'ordres médicaux n'ont pas pleinement adopté des stratégies factuelles pour gérer l'accès aux soins primaires. Les responsables des politiques, les meneurs d'opinion et les groupes de professionnels non médicaux en soins de santé préconisent des solutions de rechange concernant la prestation des soins, telles que des mécanismes d'ordonnancement et des modèles de rémunération, mais les milieux médicaux prennent du temps à réagir.

Des associations médicales continuent d'insister pour que les rémunérations soient exigées et touchées en vertu des modèles classiques de rémunération à l'acte, mais les préférences des médecins évoluent. Un nombre de plus en plus important d'entre eux s'intéressent davantage à d'autres modes de rémunération (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2010). Des grilles de rémunération mixte qui récompensent le rendement et encouragent la pratique interprofessionnelle en collaboration seraient utiles et des provinces et territoires se penchent actuellement dessus ou les mettent en œuvre.

De plus, beaucoup d'organisations de médecins continuent de préconiser un système de santé axé avant tout sur le soin des maladies et le leadership médical. Ces prises de position démontrent une préférence en faveur du protectionnisme professionnel plutôt que des intérêts de la population canadienne et peuvent être considérées comme des conflits d'intérêts directs. Cette attitude peut perpétuer des obstacles systémiques à la satisfaction des patients qui préfèrent une approche plus holistique des soins de santé, ainsi qu'une amélioration de l'efficacité par la continuité des soins.

Travail en équipe interprofessionnelle fondée sur la collaboration

Cet exemple démontre comment les équipes interprofessionnelles fondées sur la collaboration peuvent améliorer l'efficacité de la santé et du système.

En Alberta, les infirmières autorisées, les IP, les médecins et les pharmaciens adoptent une approche intégrée et concertée pour se pencher sur les facteurs médicaux, sociaux, liés aux habitudes de vie et autres qui ont une incidence sur l'évolution de l'état de santé. À la Clinique des maladies chroniques complexes à Calgary (Alberta), une équipe interprofessionnelle a réduit le nombre total d'hospitalisations de 60 % et la durée totale des séjours de 90 % depuis son ouverture en 2008 (Services de Santé Alberta, 2011).

Recommandation 1 : Que le gouvernement fédéral injecte de l'argent dans des stratégies nationales intégrées afin de relever les défis sanitaires et sociaux associés à la promotion de la santé et à la prévention et à la prise en charge des maladies chroniques.

Recommandation 2 : Que le gouvernement fédéral injecte plus rapidement de l'argent dans la réforme des soins primaires en visant particulièrement l'accès aux services communautaires et en favorisant l'introduction d'un plus grand nombre d'équipes interprofessionnelles fondées sur la collaboration.

2. Stabiliser et garantir la capacité du système de santé en injectant de l'argent dans les RHS

Tout système de santé est d'abord une entreprise humaine et les RHS du Canada sont le cœur qui anime le reste du système. Le cœur est toutefois fatigué, car la demande de services dépasse sans relâche l'offre – les pénuries, la fatigue, l'erreur humaine et le déploiement mal apparié étant omniprésents dans le système.

Toutefois, certaines administrations provinciales ou territoriales ont mis en service des équipes de soins et le nombre d'intervenants augmente dans l'ensemble. De 2005 à 2009, par exemple, le nombre des infirmières autorisées actives a augmenté de 6 % (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2010d) et celui des médecins, de 10,5 % (ICIS, 2010e). L'endroit où sont déployés ces professionnels de la santé et la façon dont ils le sont, ainsi que la question de savoir s'ils collaborent efficacement pour répondre aux exigences de la population dans le domaine de la santé, ne sont cependant pas clairs. Il n'existe en outre aucune structure principale chargée de surveiller ces défis frustrants dans un pays qui compte 14 systèmes de santé répartis sur six fuseaux horaires, une population distribuée de façon très asymétrique et 34 millions d'utilisateurs potentiels. Nous devons garantir la capacité du système de santé en stabilisant et en protégeant les RHS du Canada.

L'identificateur national unique (INU) pour les professionnels de la santé constitue un élément fondamental de l'assise de la planification et de la gestion des RHS. L'introduction de l'INU constitue une intervention de longue durée et rentable décrite dans le *Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle nationale* produit par Santé Canada en 2007. Il n'y a toutefois toujours pas de système d'INU. Une étude de faisabilité réalisée en 2010 pour l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a révélé que l'implantation d'un INU dans neuf professions entraînerait des coûts de démarrage modestes de 17,27 millions de dollars en trois ans et des coûts de fonctionnement annuels de 5,18 millions (ICIS, 2010c). Cet argent fournirait aux gouvernements et aux régies régionales de la santé l'information dont ils ont besoin pour suivre les tendances qui peuvent jouer sur la stabilité des effectifs, la distribution des professionnels de la santé, le lien entre le domaine de pratique et l'âge de la retraite, les arrivées dans la profession et les départs, ainsi que la mobilité entre les provinces et territoires.

De plus, il n'a jamais été plus urgent de stabiliser l'offre de fournisseurs de soins de santé étant donné les menaces possibles reliées au virage récent de la politique sur l'assurance-maladie aux États-Unis – où 30 millions d'Américains de plus devraient avoir accès aux soins de santé (Collins, Davis, Nicholson, Rustgi et Nuzum, 2010). Avec son bassin de professionnels de la santé très qualifiés et compte tenu de sa proximité relative, le Canada sera certainement considéré comme une source tentante où puiser pour répondre à ces besoins.

Recommandation 3 : Que le gouvernement fédéral renforce la capacité du système de santé en injectant de l'argent dans la protection des ressources humaines de la santé du Canada de façon à répondre aux besoins de la population dans ce domaine.

Recommandation 4 : Que le gouvernement fédéral dirige la création d'un identificateur national unique pour tous les professionnels de la santé du Canada.

3. Créer et appliquer une stratégie pancanadienne sur la santé mentale

Environ 10 % des Canadiennes et Canadiens actifs de 18 à 54 ans ont des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale. La dépression, la consommation d'alcool et le trouble bipolaire sont parmi les principales causes d'incapacité (OMS, 2008) et 44 % des personnes âgées du Canada vivant dans des établissements de soins ont une dépression diagnostiquée ou en présentent les symptômes (ICIS, 2010a). Les coûts économiques connexes associés à l'utilisation des services de santé, aux jours de travail perdus et aux perturbations dans le travail sont estimés à 51 milliards de dollars par année (Commission de la santé mentale du Canada, 2010). Ces signes indiquent en outre qu'on ne satisfait pas aux besoins en services de santé mentale dans la communauté : en 2008-2009, 11 % des Canadiens hospitalisés pour une maladie mentale ont été ré-hospitalisés plus de deux fois au cours de la même année. Les taux de ré-hospitalisation à 30 jours s'établissaient à 11,4 % (ICIS, 2011b). Nous devons chercher à intégrer dans tous les secteurs une stratégie globale en matière de santé mentale, et notamment considérer les équipes de soins de santé mentale primaires comme une priorité pour répondre aux besoins personnels, familiaux et communautaires.

L'AIIIC reconnaît que le gouvernement fédéral continue d'injecter de l'argent dans la santé mentale et le mieux-être de la population canadienne. En 2012, la Commission de la santé mentale du Canada dévoilera sa *Stratégie en matière de santé mentale au Canada*. L'AIIIC s'attend à jouer un rôle en facilitant la mise en œuvre des recommandations présentées dans la stratégie. La stratégie repose sur une approche communautaire et représentative de la population et reconnaît le rôle pivot que jouent les consommateurs et les fournisseurs des premières lignes dans la mise en œuvre de changements dans le système. Il faudra des ressources pour appuyer l'application des connaissances et les possibilités de gestion du changement afin de normaliser les milieux d'exercice factuels dans tout le continuum des soins.

Recommandation 5 : Que le gouvernement fédéral injecte de l'argent dans la mise en œuvre d'une stratégie intégrée visant à fournir des soins complets à tous les Canadiens et Canadiennes qui vivent et sont aux prises avec une maladie mentale, notamment au moyen de modèles interprofessionnels novateurs et transparents de soins de santé mentale primaires qui tiennent compte du vécu et des réalités de ces personnes et des membres de leur famille.

4. Élaborer et appliquer une stratégie pancanadienne sur le vieillissement en santé

Le Canada a besoin d'une stratégie nationale sur le vieillissement en santé qui favorise un vieillissement actif à travers les différents âges de la vie. Une telle stratégie repose sur les soins en équipe et sur un accès amélioré aux soins primaires, sans oublier les moyens de soutien communautaires. Elle met l'accent sur la prévention et la prise en charge des maladies chroniques, en particulier chez les Canadiens âgés les plus vulnérables.

Les infirmières sont bien placées pour promouvoir le vieillissement en santé. Par exemple, des infirmières en santé communautaire organisent des programmes de prévention des chutes, des infirmières en médecine familiale participent à la prise en charge des maladies chroniques et des infirmières en gérontologie surveillent et prodiguent des soins dans des établissements d'hébergement et de soins de longue durée. Voici d'autres exemples de promotion du vieillissement en santé :

- Maladies chroniques — Le programme SMART (Seniors Maintaining Active Roles Together) est un exemple de programme de promotion de la santé porteur de promesses dirigé par Les Infirmières de l'Ordre de Victoria (VON). Cette intervention communautaire portant sur l'exercice physique est importante pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Plus de 91 % des participants à des programmes SMART à domicile ont signalé un meilleur fonctionnement général et une autonomie et une indépendance plus grandes (Connelly et Mersich, 2007).
- Temps d'attente — Une étude réalisée à l'Hôpital Toronto Western a révélé que les patients filtrés par une infirmière praticienne (IP) dans une clinique de consultation en chirurgie de la colonne vertébrale ont attendu beaucoup moins longtemps, soit 12 semaines en moyenne plutôt que jusqu'à 52 semaines,

avant de subir le premier examen effectué par un chirurgien spécialiste de la colonne vertébrale. L'infirmière praticienne a pu déterminer les patients qui étaient de bons candidats à l'intervention chirurgicale et les orienter en conséquence. Parmi les patients examinés par l'infirmière praticienne, 10 % seulement étaient candidats à une intervention chirurgicale. Le diagnostic posé par l'infirmière praticienne était le même que celui du chirurgien dans la totalité des cas. (Sarro, Rampersaud et Lewis, 2010).

- Soins d'urgence mobiles – Au cours d'un projet pilote qui a duré un an, lancé aussi à l'Hôpital Toronto Western, une équipe d'infirmières urgentistes volantes a répondu à presque 1 000 appels non urgents de foyers de soins de longue durée, ce qui a réduit le nombre de transferts aux services d'urgence. Elles ont fourni des soins à 78 % des résidents qui auraient été envoyés à l'urgence si le programme n'avait pas existé (Bandurchin et Bianchi, 2010). La visite d'une infirmière volante coûte 21 % moins cher qu'une évaluation faite à l'urgence (Hammer, 2009).

La capacité de prodiguer des soins dans la communauté constitue une caractéristique d'un système de santé efficient. En 2008-2009 toutefois, il y a eu au Canada 92 000 hospitalisations de patients qui avaient besoin de soins à domicile et de soins de santé communautaires plutôt que de soins actifs : 62 % de ces hospitalisations ont duré plus d'une semaine et 24 %, plus d'un mois (ICIS, 2010b). L'AIIIC est d'avis qu'une stratégie nationale s'impose pour tenir compte des multiples dimensions des soins à domicile et des soins de santé communautaires, en particulier des soins à domicile.

L'AIIIC exhorte le gouvernement fédéral à élaborer une stratégie sur le vieillissement en santé qui permettra aux Canadiens de vieillir dans la dignité et de recevoir des soins dans un milieu qu'ils connaissent bien, et qui permettra d'injecter davantage d'argent dans les soins à domicile, les soins communautaires et les interventions basées sur la politique fiscale. La stratégie devrait inclure un logement abordable pour les adultes âgés et un appui financier aux aidants familiaux. Elle devrait appuyer les services qui fournissent aux personnes âgées des soins de santé à domicile et dans la communauté et inclure un plan d'augmentation du nombre d'infirmières pratiquant dans les domaines des soins à domicile et des soins communautaires. Cette approche réduira les dépenses dans tout le système de santé et le rendra plus viable pour les générations à venir.

Recommandation 6 : Que le gouvernement fédéral dirige l'élaboration d'une stratégie nationale sur le vieillissement en santé qui converge sur le thème général du « vieillissement sur place » à travers tous les âges de la vie, de la petite enfance jusqu'à l'âge avancé, et qui appuie la santé humaine en abordant le vaste éventail des facteurs qui ont une incidence sur la santé des personnes âgées.

5. Élaborer et appliquer une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques

Dans le plan décennal, les premiers ministres ont ordonné à un groupe de travail ministériel d'établir et d'appliquer une stratégie sur les produits pharmaceutiques afin qu'aucun Canadien n'ait à subir de graves problèmes financiers pour avoir accès à des pharmacothérapies nécessaires. Même si les ministres ont reconnu que l'accès abordable aux médicaments constitue un aspect essentiel des résultats équitables en matière de santé pour tous les Canadiens, ils savaient que parmi les pays industrialisés qui ont un système de santé universel, le Canada est le seul à ne pas avoir de régime d'assurance-médicaments universelle. L'AIIIC est d'avis qu'un des éléments de base du système d'assurance-maladie sans but lucratif et financé par le secteur public du Canada consiste à permettre à tous les Canadiens d'avoir accès aux médicaments d'ordonnance essentiels, et que le facteur du coût ne devrait pas bloquer cet accès.

Dans le rapport d'étape qu'il a produit en 2006, le groupe de travail ministériel soulevait des préoccupations dans trois domaines thématiques : accès aux médicaments; innocuité, efficacité et utilisation appropriée; et viabilité du système (Santé Canada, 2006, Grands enjeux et possibilités). Même s'il y a eu des progrès ici et là,

l'AIIIC craint que les Canadiens ne continuent de faire face à une « mosaïque » pour ce qui est de l'accès aux médicaments dont ils ont besoin.

Les Canadiens attendent toujours que la stratégie sur les produits pharmaceutiques soit mise en œuvre au complet et ils payent le coût de cette attente par leur santé. Selon l'ICIS (2011b), le Canada a consacré un total estimé à 31,1 milliards de dollars aux médicaments en 2010 (26,1 milliards en médicaments d'ordonnance et 5 milliards en médicaments en vente libre), ce qui représentait 16,3 % du total des dépenses de santé. Les dépenses consacrées aux médicaments ont augmenté en moyenne de 9,1 % par année entre 1985 et 2010, mais le taux de croissance semble ralentir, comme l'indique une augmentation de 4,8 % de 2009 à 2010. De plus, les dépenses par habitant consacrées aux médicaments sont passées d'un montant de 147 \$ par Canadien en 1985 au montant estimé de 912 \$ en 2010 (ICIS, 2011b). Même si les services médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux et les médecins sont prévus dans une couverture universelle et complète au Canada, les Canadiens font toujours face à un système caractérisé par l'absence d'une couverture universelle des médicaments d'ordonnance assurée par un régime public. Ceci contraste avec ce qui se passe dans d'autres pays de l'OCDE où un régime d'assurance publique couvre habituellement les médicaments d'ordonnance pour toute la population (ICIS, 2011b).

L'accès aux médicaments d'ordonnance est vital : lorsqu'ils sont utilisés comme il se doit, ils peuvent éviter des maladies graves, raccourcir la durée des hospitalisations, remplacer des traitements chirurgicaux, améliorer le confort et la capacité des Canadiens d'être productifs. Le système du Canada qui consiste à subventionner les programmes d'assurance privée est régressif et favorise de façon disproportionnée les travailleurs capables de payer de l'assurance-maladie privée – mais 24 % des Canadiens n'ont pas d'assurance-médicaments (Gagnon et Hébert, 2011). C'est en partie pourquoi le Conseil canadien de la santé nous indique qu'en 2009, un Canadien sur 10 a déclaré ne pas avoir fait remplir une ordonnance ou a dit avoir sauté une dose de médicament à cause du coût (Conseil canadien de la santé, 2010).

Depuis 1997, les médicaments englobent encore la deuxième part en importance – après les hôpitaux – des principales catégories de dépenses de santé (Conseil canadien de la santé, 2011). L'ICIS indique qu'une multitude de facteurs interdépendants propulsent les dépenses en médicaments – mais comme les indices des prix sont relativement stables, « les facteurs qui jouent sur l'augmentation des dépenses en médicaments au Canada sont essentiellement associés au volume d'utilisation de médicaments et à l'arrivée de nouveaux médicaments (habituellement lancés sur le marché à un coût plus élevé) » (ICIS, 2011, p. 36).

Le Centre canadien de politiques alternatives indique dans un rapport que si l'on appliquait au Canada une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, les gouvernements fédéral et provinciaux pourraient réduire dans une proportion allant jusqu'à 43 %, soit 10,7 milliards de dollars, les dépenses qu'ils consacrent actuellement aux médicaments d'ordonnance (Gagnon et Hébert, 2011). Les recommandations qui suivent portent sur la nécessité de chercher à améliorer la sécurité des patients et l'accès universel aux produits pharmaceutiques, ainsi que de réaliser des gains d'efficacité et de réduire les coûts pour les Canadiens.

Recommandation 7 : Que le gouvernement fédéral accélère la mise en œuvre d'une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques comprenant au moins :

- a) un programme national universel et complet d'assurance-médicaments comportant une couverture au premier dollar. Il est essentiel d'instaurer dans tout le Canada une protection contre le coût catastrophique des médicaments qui soit normalisée et basée sur le revenu si l'on veut garantir que l'accès aux médicaments d'ordonnance est fondé sur le besoin et non sur la capacité de payer;
- b) une agence nationale de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments, qui donne à Santé Canada le pouvoir législatif d'imposer des études cliniques post-commercialisation et d'imposer des amendes aux fabricants ou de retirer des produits du marché s'ils ne satisfont pas aux conditions;

- c) une liste nationale des médicaments et une stratégie d'achat en commun, qui seront créées au cours de la prochaine réunion des premiers ministres. Un système à payeur unique pourrait aider à contenir les coûts grâce au pouvoir d'achat en gros et à la réduction du double emploi au niveau des formalités administratives dans tout le système.

6. Accélérer la mise en œuvre des dossiers de santé électroniques

Une utilisation généralisée des DSE constitue une autre clé du renouvellement du système de santé. L'AIIIC est d'avis que l'information complète et de grande qualité produite par l'utilisation des DSE facilitera la réforme des soins primaires et permettra aux professionnels de mieux communiquer et de mieux coordonner les soins pour leurs patients. Les patients en bénéficieront en participant davantage à leurs propres soins et en bénéficiant d'un meilleur accès aux renseignements personnels et protégés sur la santé. En outre, les DSE :

- amélioreront la prise en charge des maladies chroniques;
- amélioreront l'accès aux soins dans les communautés rurales et éloignées;
- réduiront les effets indésirables des médicaments;
- amélioreront les pratiques d'établissement d'ordonnances;
- réduiront les examens diagnostiques répétés ou inutiles;
- raccourciront les temps d'attente.

En dépit de ces avantages clairs, les progrès n'ont pas été suffisants. L'argent injecté jusqu'à maintenant a généré des progrès, mais l'adoption des DSE demeure plus lente qu'on s'y attendait (Conseil canadien de la santé, 2011).

Recommandation 8 : Que le gouvernement fédéral accélère la mise en œuvre des dossiers de santé électroniques dans tout le système de santé en concentrant les efforts sur les milieux de soins primaires.

Conclusion

Le Plan décennal pour consolider les soins de santé a permis la réalisation de progrès importants dans des domaines tels que la réduction des temps d'attente pour certaines interventions chirurgicales et a catalysé la généralisation de nouveaux rôles de prestation de services en équipe. Ces réalisations sont dignes de louanges. Ce ne sont toutefois que de modestes progrès face aux problèmes systémiques de premier plan dans les domaines de la santé humaine et de la prestation de services.

Durant les deux dernières années du plan, les Canadiens et Canadiennes ont besoin et attendent que le gouvernement fédéral fasse preuve de leadership et rende compte de ses actes alors que ses représentants collaborent avec leurs homologues provinciaux et territoriaux, ainsi qu'avec les professionnels de la santé, tels que les infirmières et infirmiers autorisés et les infirmières et infirmiers praticiens, dans l'intérêt de la santé de la population canadienne.

Références

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Soins de santé efficaces = Soins de santé primaires (SSP)* [Fiche d'information]. Ottawa : auteur. Extrait de www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/FS17_Effective_Health_Care_Equals_Primary_Health_Care_Nov_2002_f.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2003). Les soins de santé primaires – Le moment est venu [Version électronique]. *Zoom sur les soins infirmiers : enjeux et tendances dans la profession infirmière au Canada*, 16. Extrait de www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/NN_PrimaryHealthCare_Sept_2003_f.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2005). *Les soins de santé primaires et les soins infirmiers : Résumé des enjeux* [Document d'information]. Ottawa : auteur. Extrait de www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/BG7_Primary_Health_Care_f.pdf
- Bandurchin, A., et Bianchi, A. (2010). Mobile emergency nurses make acute care house calls to long term care residents. *UHN [University Health Network] nursing: A blog for nurses*. Extrait de <http://uhnnursing.wordpress.com/2010/03/29/mobile-emergency-nurses-making-acute-care-house-calls-to-long-term-care-residents>
- Collins, S. R., Davis, K., Nicholson, J. L., Rustgi, S. D. et Nuzum, R. (2010). *The health insurance provisions of the 2009 congressional health reform bills: Implications for coverage, affordability, and costs*. New York : Le Fonds du Commonwealth. Extrait de <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2010/Jan/Health-Insurance-Provisions.aspx?page=all>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2010). *Santé mentale en milieu de travail : une bataille juridique tout à fait légitime* [Communiqué]. Extrait de <http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/News/fr/%20Tracking%20the%20Perfect%20Legal%20Storm%20news%20release.pdf>
- Connelly, D. , et Mersich, J. (2007). *Seniors maintaining active roles together evaluation report (SMARTer): Sustainability of community-based volunteer-led group exercise programs for older adults at three sites across Canada*. Toronto (ON) : IOVON Canada. Extrait de http://www.von.ca/en/special_projects/docs/SMART_Sustainability.pdf
- Conseil canadien de la santé. (2010). *Comment les Canadiens classent-ils leur système de soins de santé? Résultats du sondage international 2010 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé*. Ottawa : auteur. Extrait de http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2010/comm/Commonwealth_FINAL_F_Nov2010.pdf
- Conseil canadien de la santé. (2011). *Rapport de progrès 2011 : renouvellement des soins de santé au Canada*. Toronto : auteur. Extrait de http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2011/progress/2011Progress_FRA.pdf
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2010). *Mythe : la plupart des médecins préfèrent être rémunérés à l'acte*. Ottawa : auteur. Extrait de http://www.fcrss.ca/Migrated/PDF/11506_mythbusters_fr_03.pdf
- Gagnon, M., et Hébert, G. (2011). *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance-médicaments : coûts et bénéfices d'une couverture publique pour tous*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives. Extrait de http://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2010/09/assurance_medicaments.pdf

Hammer, K. (2009, 14 mars). *Emergency rooms: For some, the wait times may be over*. Toronto : *Globe and Mail*.

Institut canadien d'information sur la santé. (2010a). *Analyse en bref : la dépression chez les personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement*. Ottawa : auteur. Extrait de http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/ccrs_depression_among_seniors_f.pdf

Institut canadien d'information sur la santé. (2010b). *Les soins de santé au Canada 2010*. Ottawa : auteur. Extrait de http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCIC_2010_Web_f.pdf

Institut canadien d'information sur la santé (2010c). *Identificateur national unique pour les dispensateurs de soins : étude de faisabilité – rapport sommaire*. Ottawa : auteur. Extrait de http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/NUI_FEASIBILITY_STUDY_FR

Institut canadien d'information sur la santé. (2010d). *Infirmières réglementées : tendances canadiennes, 2005 à 2009*. Ottawa : auteurs. Extrait de http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/nursing_report_2005-2009_fr.pdf

Institut canadien d'information sur la santé. (2010e). *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2009*. Ottawa : auteur. Extrait de http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/SMDB_2009_FR.pdf

Institut canadien d'information sur la santé. (2011a). *Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2010*. Ottawa : auteur. Extrait de http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/drug_expenditure_2010_fr.pdf

Institut canadien d'information sur la santé. (2011b). *Indicateurs de santé 2011*. Ottawa : auteur. Extrait de http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/health_indicators_2011_fr.pdf

Ipos Reid. (2011). *Les Canadiens le disent aux gouvernements : entendez-vous maintenant sur une vision nationale pour l'avenir des soins de santé*. [Communiqué]. Extrait de http://www.cna-aiic.ca/CNA/news/releases/public_release.aspx?id=293

Organisation mondiale de la Santé. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata : Conférence internationale sur les soins de santé primaires et les soins infirmiers, Alma Ata, URSS, 6-12 septembre 1978*. Extrait de www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration_FRA.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Genève : auteur. Extrait de www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

Parlement du Canada. (2011). *Enjeux courants et émergents. Transfert canadien en matière de santé : montant en espèces égal par habitant d'ici 2014*. Ottawa : auteur. Extrait de <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/cei-14-f.htm>

ProfessionsSantéOntario. (2010). *ProfessionsSantéOntario : Modèles d'exercice de la médecine familiale*. Toronto : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Extrait de http://www.professionssanteontario.ca/Work/OutsideOntario/PhysiciansOutsideOntario/PractisingInOntario/family_practice_models.aspx

Santé Canada. (2004). *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé – Un plan décennal pour consolider les soins de santé*. Ottawa : auteur. Extrait de <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>

Santé Canada. (2006). *Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : rapport d'étape*. Ottawa : auteur. Extrait de <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/pharma/2006-nps-snpp/index-fra.php#a3>

Sarro, A., Rampersaud, Y. et Lewis, S. (2010). Nurse practitioner-led surgical spine consultation clinic. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2671-2676.

Services de Santé Alberta. (16 juin 2011). *Complex chronic disease clinic reduces hospital visits* [Communiqué]. Calgary : auteur. Extrait de <http://www.albertahealthservices.ca/rls/ne-rls-2011-06-16-chronic.pdf>