



LA PAROLE EN ACTION

Rapport du Dialogue national sur la transformation des soins de santé



ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

Table des matières

La transformation des soins de santé : exercice de consultation publique	1
Assemblées publiques locales	1
Consultation en ligne	1
Ce que nous a dit la population : sommaire	5
Assemblée d'Halifax — le 26 janvier 2011	6
Assemblée de Toronto — le 1 ^{er} mars 2011	10
Assemblée d'Edmonton — le 29 mars 2011	17
Assemblée de Laprairie — le 2 juin 2011	23
Assemblée de Vancouver — le 27 avril 2011	27
Assemblée d'Ottawa — le 7 juin 2011	32

La transformation des soins de santé : exercice de consultation publique

Le système de santé du Canada est un programme social prisé qui apporte une contribution importante à la réussite économique de notre pays. Comme les Canadiens d'un océan à l'autre souffrent des temps d'attente inacceptables, des hôpitaux bondés, des pénuries de médecins et de l'insuffisance des autres services de santé, il est toutefois clair pour tous que ce système qui a déjà été fier est maintenant en détresse.

Devant cette toile de fond, l'Association médicale canadienne a lancé, en août 2010, une discussion sur l'avenir de l'assurance-santé en publiant *La transformation des soins de santé au Canada — Des changements réels. Des soins durables*. Basé sur des fouillées détaillées, y compris une étude des soins de santé dans cinq pays d'Europe, ce document prescrit des façons d'instaurer un système de santé qui fait passer les patients d'abord et donne aux Canadiens une plus grande valeur pour leur argent.

Afin d'étendre le débat, l'AMC a lancé ensuite un dialogue national public — en ligne à www.transformation.sante.ca et au cours d'une série de six forums tenus en partenariat avec *Maclean's* et CPAC, la Chaîne parlementaire canadienne. L'exercice visait à faire participer le plus grand nombre possible de personnes à une discussion sur la vision que les Canadiens ont de notre système de santé et sur la façon de la réaliser.

La participation importante en ligne et les foules présentes aux assemblées publiques témoignent des préoccupations profondes que l'avenir de l'assurance-santé suscite dans la population canadienne. Les échanges entre des centaines de participants ont révélé la colère et la frustration soulevées par un système qui ne fonctionne pas aussi bien qu'il le devrait, mais aussi le fait que le dévouement et l'engagement des travailleurs de la santé sont appréciés et que la population souhaite profondément que les soins aux patients

soient dispensés en temps opportun, avec efficacité et compassion.

Avant tout, les commentaires ont révélé que beaucoup de Canadiens sont profondément attachés à ce service vital de la société et sont convaincus qu'avec du leadership et de la volonté, la transformation est possible.

Trois grandes questions ont encadré le dialogue national :

1) Il est important pour les citoyens de savoir que le système de santé leur donne une bonne valeur pour leur argent. Qu'est-ce qui constituerait selon vous une bonne valeur ?

Même si elle a été exprimée de toutes sortes de façons, la réponse la plus courante à cette question indiquait qu'une bonne valeur en soins de santé signifie obtenir les soins nécessaires au bon moment et au bon endroit. L'accès opportun à des services appropriés et nécessaires est considéré comme l'élément crucial de l'équation de la valeur. Les participants ont aussi affirmé qu'ils souhaitaient que le système soit davantage transparent et responsable afin que le financement soit utilisé efficacement.

« Objectivement, je pense qu'il est déplorable que des citoyens de notre pays moderne ne puissent pas se trouver un médecin de famille. Comment en sommes-nous arrivés là ? »

Des intervenants ont affirmé qu'il fallait réaffecter des fonds du secteur administratif des soins de santé aux fournisseurs des premières lignes comme les médecins de famille et les infirmières praticiennes. Il a aussi été question de divers modèles de prestation des soins et de la nécessité de remplacer

Assemblées publiques locales

Halifax	26 janvier
Toronto	1 ^{er} mars
Edmonton	29 mars
Vancouver	27 avril
Montréal	2 juin
Ottawa	7 juin

Consultation en ligne

97 331	Pages visualisées
4 132	Commentaires affichés
6 124	Visualisations des vidéos sur YouTube
2 956	Nombre de participants inscrits à www.transformationsante.ca

le régime de rémunération à l'acte de beaucoup de médecins. Beaucoup de participants ont parlé des avantages qu'offrent les équipes de santé familiale, les soins en collaboration et les centres de santé communautaire où des médecins collaborent avec d'autres professionnels de la santé pour offrir un modèle de soins plus complet. Ces éléments ont été soulevés dans le contexte des efforts qui visent à ajouter davantage de valeur au système en renforçant les soins primaires et en assurant que tous ont accès à un médecin de famille.

Quelques répondants ont parlé du coût élevé des médicaments d'ordonnance et de la perception négative que l'on a des grandes sociétés pharmaceutiques, ainsi que des préoccupations liées au manque d'efficacité dans les hôpitaux et au recours indu aux services d'urgence.

Certains intervenants ont dit qu'il faut mieux utiliser la technologie, et en particulier le dossier médical électronique, comme condition clé si l'on veut que le système de santé offre une meilleure valeur.

« Il faut d'abord savoir combien nous dépensons pour ce que nous obtenons. Le gouvernement fédéral perçoit, pour l'assurance-santé, des impôts qui sont répartis entre les provinces. En Ontario, nous bénéficions de cette assurance au moyen du RAMO mais nous ne savons vraiment pas combien il nous en coûte en réalité... »

Les répondants étaient d'avis en majorité que les Canadiens n'obtiennent pas une bonne valeur de leur système de santé — surtout comparativement à celui de certains pays d'Europe — tandis qu'une minorité est de l'avis contraire. Beaucoup de répondants fondaient ce point de vue sur leur définition de la valeur qui réside dans la prestation des soins en temps opportun et sur le fait que beaucoup de Canadiens attendent pendant des périodes inacceptables pour recevoir les soins dont ils ont besoin.

« C'est toujours la même vieille histoire : les riches ont les moyens de s'occuper d'eux-mêmes, les pauvres sont bénéficiaires de l'aide sociale et tout est payé pour eux. En fin de compte, c'est la classe moyenne qui doit tout payer. »

Pour beaucoup, la question de la valeur repose sur celle qui consiste à déterminer si le système de santé actuel dispose d'un financement adéquat. Les participants croient en majorité que

le système n'a pas le financement nécessaire pour répondre aux besoins de la population canadienne. Par ailleurs, plus d'un participant a déclaré que le système dispose peut-être d'un financement adéquat, mais qu'il n'est pas efficace.

D'autres intervenants ont utilisé la question de la valeur comme une occasion de discuter des avantages du financement public des soins de santé par rapport au financement privé. Ce thème a constitué un fil commun qu'ont dégagé les réponses données aux trois questions, en ligne et au cours des assemblées publiques locales. Les répondants appuyaient un système de santé universel, accessible et financé par le secteur public, l'option de loin la plus populaire.

2) Les patients et leurs familles jouent un rôle important dans leurs soins de santé. Selon vous, quelle est la responsabilité des Canadiens, maintenant et à l'avenir, en ce qui concerne leur santé ?

« Il importe à mon avis de nous rappeler pourquoi beaucoup de ces gens (et non pas tous) qui font des choix malsains se comportent ainsi. Le choix de faire une consommation excessive d'alcool et de tabac constitue le miroir d'une société qui ne donne pas une éducation préventive efficace. »

Les répondants ont convenu très majoritairement que les Canadiens doivent assumer une certaine responsabilité pour leur état de santé et de celui des membres de leur famille. Beaucoup ont toutefois signalé que la santé est aussi déterminée par des facteurs comme l'éducation et le revenu, qui échappent au contrôle direct de certaines personnes. C'est pourquoi les participants étaient d'avis qu'il faut des « politiques publiques saines » ou un environnement qui aide les gens à faire des choix santé à la fois faciles à appliquer et abordables. Beaucoup de participants ont accordé de l'importance à l'éducation sur la santé. Un autre des sous-thèmes dégagés porte sur la nécessité d'assurer une meilleure santé aux groupes désavantagés.

« Il faut au moins imposer des frais d'utilisation à ceux qui se présentent à l'urgence avec de petits bobos mineurs. Notre système de santé est excellent, mais on en abuse. »

Les intervenants ne s'entendaient pas sur la question de savoir si le fait d'assumer la responsabilité de leur état de santé

signifie aussi que les intéressés contribuent directement aux coûts des services de santé utilisés. Beaucoup de participants pensaient toutefois que les Canadiens doivent exiger davantage de comptes du système de santé et prendre en charge la responsabilité de préconiser de meilleurs soins de santé.

Les intervenants s'entendaient aussi en général pour dire que la population devrait utiliser le système de santé de façon responsable et ne pas avoir recours inutilement aux ressources consacrées aux soins de santé. Certains croyaient qu'en donnant aux gens un relevé périodique des ressources de la santé qu'ils ont utilisées et du coût de leurs soins, on les encouragerait à agir de façon plus responsable.

Il a aussi été proposé de recourir à des incitatifs comme les allègements d'impôt pour encourager les gens à prendre des décisions santé.

Des intervenants ont aussi affirmé qu'il faut que le système réponde mieux aux gens qui veulent assumer davantage de responsabilité à l'égard de leur propre santé. On pourrait à cette fin rendre plus faciles d'accès les résultats d'examens et les dossiers de santé des patients — idéalement sur support électronique.

Les participants ont reconnu en général que les médecins devraient faire davantage pour informer les patients au sujet des habitudes de vie saines et que le système devrait mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. Certains ont reproché aux médecins de ne pas vouloir prendre le temps nécessaire pour discuter de choix santé avec les patients ou de prescrire des médicaments au lieu de suggérer d'autres options.

Certains étaient d'avis que l'Association médicale canadienne elle-même a la responsabilité de préconiser de meilleurs soins de santé et d'obliger le gouvernement fédéral à rendre des comptes.

Sur un autre plan, on a aussi évoqué la possibilité que les gens assument une plus grande responsabilité à l'égard de leur santé en appuyant des gouvernements qui pourraient amelio-

« L'AMC demande : Quelles sont selon vous les responsabilités actuelles et futures des Canadiens en ce qui a trait à leur santé ? Ils doivent assumer la responsabilité à l'échelon municipal afin de garantir que l'édifice municipal compte un bureau qui veille à ce que les déterminants médicaux et autres de la santé soient à la hauteur. Il faut en faire une responsabilité politique... et non médicale. »

rer le système de santé et préconiser un meilleur état de santé. La nécessité d'obliger les politiciens à rendre publiquement compte de la prestation des services de santé était considérée comme une autre responsabilité de la population. Les élections sont considérées comme l'occasion la plus efficace de le faire.

3) La loi qui sous-tend notre système — la *Loi canadienne sur la santé* — date des années 1980. Elle ne couvre que les soins des médecins et des hôpitaux. Croyez-vous qu'il faudrait élargir la couverture prévue par la Loi pour inclure des éléments tels que les médicaments d'ordonnance et les soins de longue durée ?

« Il faudrait certainement inclure l'assurance-médicaments et les soins de longue durée dans la *Loi canadienne sur la santé*. Les soins dentaires et les soins de la vision constituent aussi des éléments importants des soins de santé et il faudrait les inclure. C'est ce que voulait faire à l'origine le père de l'assurance-santé, Tommy Douglas. Il est temps de remettre le système sur les rails. »

Le message le plus fort que le public a fait passer porte sur la nécessité de protéger et de renforcer les principes actuels qui sous-tendent la *Loi canadienne sur la santé* afin d'assurer que l'on continuera d'appuyer un système de santé universel financé par le secteur public. Des répondants ont affirmé par ailleurs qu'il faudrait modifier la loi en vigueur pour permettre au secteur privé de financer la prestation de services de santé.

« Aussi coûteux le système soit-il, je reconnais qu'il serait idéal d'avoir une assurance publique pour couvrir les coûts des médicaments d'ordonnance aussi bien que les consultations des médecins. Je crois toutefois qu'il importe aussi que le public ait son mot à dire au sujet des médicaments couverts ou des critères de remboursement des médicaments. Le système devrait être régi à l'échelle fédérale et non provinciale. »

Deuxièmement, des participants ont appuyé fermement l'élargissement du champ d'application de la loi en vigueur.

Le besoin d'un régime national d'assurance-médicaments a été mentionné par une majorité écrasante de répondants. Beaucoup ont donné des exemples du coût élevé des médicaments. Nombre d'exemples des inégalités qui sévissent dans le

système portaient sur les médicaments ou autres services de santé qui sont payés dans certaines administrations, mais ne le sont pas dans d'autres.

Il a été question d'une longue liste d'autres services que la *Loi canadienne sur la santé* devrait garantir, notamment les suivants :

- Soins dentaires
- Soins de la vision
- Soins de longue durée
- Services de soins à domicile
- Soins prodigués par d'autres fournisseurs (p. ex., naturopathes)
- Soins d'accompagnement en fin de vie

« L'assurance-santé échappe déjà à tout contrôle. La dernière chose dont le Canada a besoin, c'est de grossir encore davantage le système. S'il faut modifier la loi sur la santé, il faut en refermer le champ d'application et non l'élargir. »

Certaines réponses plus détaillées portaient sur la viabilité du système actuel et les défis que poserait l'expansion du système financé par le secteur public sans moyens d'assurer un financement continu. Les participants ont signalé que comme le Canada n'a pas de ressources illimitées à consacrer aux soins de santé, toute décision sur l'expansion du champ d'application de la loi en vigueur devrait être prise dans ce contexte.

Ce que nous a dit la population : sommaire

Les commentaires présentés en ligne et au cours des assemblées publiques locales ont dégagé plusieurs thèmes à maintes reprises. Le président de l'AMC, le Dr Jeff Turnbull, a noté plus particulièrement que :

- La population canadienne chérit l'assurance-santé et appuie un système de santé solide financé par le secteur public.
- Notre système de santé actuel laisse tomber la population canadienne, et en particulier des groupes vulnérables comme les enfants, les personnes âgées, les Autochtones, les populations rurales et les personnes qui vivent avec une maladie mentale. Le système a de la difficulté à leur offrir des services.
- Le système de santé est fracturé à un point tel qu'à certains égards, il n'a du système que le nom seulement. Pour le patient en tant que consommateur de soins de santé, lorsqu'il s'agit de cheminer d'un niveau de soins à un autre, le système donne un rendement médiocre. Il n'offre pas de soins axés sur les patients — les soins dont les gens ont besoin quand ils en ont besoin.
- Le patient devrait primer. Les patients devraient avoir leur mot à dire dans les décisions qui ont une incidence sur leur santé et les fournisseurs de soins de santé et les gouvernements doivent les écouter.
- Le système de santé est très bon lorsqu'il s'agit de fournir des soins actifs — soins de courte durée visant à guérir une maladie ou un traumatisme — ou ce qu'un participant a qualifié avec raison de « médecine à la Humpty Dumpty ». Pour les personnes âgées et celles qui vivent avec une maladie chronique ou de longue durée, notre système est beaucoup moins efficace. Comme la population vieillit, il est urgent de bâtir un système de soins à domicile afin d'offrir aux familles l'appui dont elles ont besoin pour permettre aux patients d'obtenir les meilleurs soins possibles à domicile. Nous devons bâtir sur le paradigme des soins actifs où nous excellons pour créer un paradigme de soins chroniques à long terme tout aussi efficace.
- Nous devons aussi mieux appuyer les services de soins primaires dans la communauté par de nouveaux modèles intégrés de soins en équipe.
- On reconnaît en général que le système de santé en lui-même n'est qu'un seul facteur d'une bonne santé. D'autres facteurs de la santé comme le logement, l'éducation et l'emploi sont à l'origine d'inégalités en santé dans les groupes vulnérables et démontrent qu'il faut une « politique sociale saine » et un environnement sain.
- Des anecdotes portant sur l'inefficacité et le gaspillage ont révélé qu'il fallait un système transparent et responsable qui permettrait aux Canadiens de surveiller les dépenses, d'éviter le gaspillage et d'assurer l'optimisation des ressources. Les particuliers eux aussi doivent accepter une certaine responsabilité à l'égard de leur santé et préconiser un meilleur système.
- Le débat semble porter bien moins sur le financement public par rapport au financement privé que sur la façon dont le secteur public pourrait mieux collaborer avec le secteur privé afin de créer un système de santé meilleur et plus efficace.
- Un système de santé efficace et sécuritaire passe par un bon système de données et de dossiers médicaux électroniques.
- Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer en facilitant l'adoption de normes et de points de repère nationaux afin d'assurer l'équité d'un bout à l'autre du Canada. Peu importe le lieu où ils vivent, les Canadiens doivent avoir droit au même niveau et à la même norme de soins.
- Les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont bons, mais nous ne sommes pas à la hauteur. On appuie en outre l'expansion du champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé* pour y inclure un régime national d'assurance-médicaments et les soins à domicile. Il est aussi entendu que pour des raisons budgétaires, le seul moyen d'y parvenir consistera à utiliser de façon plus efficace les ressources existantes des soins de santé.
- Il est certain que les préoccupations soulevées par notre système de santé sont profondes. Nous avons entendu dire qu'il est « moralement impératif » de réparer le système, mais que l'apathie constitue notre plus gros adversaire. Tout compte fait, on est convaincu que les fournisseurs de soins de santé et les membres du public doivent conjuguer leurs efforts et obliger les décideurs à offrir un système de santé — sinon pour nous mêmes, au moins pour l'amour de nos enfants.

Assemblée d'Halifax, le 26 janvier 2011

Présences : 190

Mots d'ouverture

Animateur : Ken MacQueen

Chef du bureau de Vancouver de *Maclean's*

« Nous sommes heureux, mais non étonnés, de voir la foule ici ce soir », déclare M. MacQueen en ouvrant la séance. Il signale qu'il s'agit de la première de cinq assemblées publiques locales que *Maclean's* et l'Association médicale canadienne tiendront d'un bout à l'autre du Canada.

M. MacQueen déclare que le titre de la séance, soit « Les soins de santé au Canada : le temps est venu de rebâtir l'assurance-santé », est présenté comme affirmation et non comme question parce que le système de santé du Canada a besoin « d'attention et d'idées nouvelles ».

« Nous travaillons ensemble », conclut-il.

D^r Jeff Turnbull

Président, Association médicale canadienne

Le D^r Turnbull souhaite la bienvenue aux participants et les invite à aider l'AMC « à orienter les soins de santé pour l'avenir ».

Il affirme que les soins de santé constituent un pilier fondamental du Canada, mais que « l'assise est en train de s'effriter », comme peuvent en témoigner à la fois les patients et les médecins.

« L'AMC croit que nous pouvons transformer le système de santé avec votre aide. Nous sommes venus écouter. »

Panéliste : D^{re} Jane Brooks

Présidente, Doctors Nova Scotia

La D^{re} Brooks parle de la situation inacceptable en ce qui concerne les temps d'attente et l'accès aux soins en Nouvelle-Écosse et déclare qu'il faut commencer à chercher des façons novatrices d'en améliorer l'accès. Comme membre d'un cabinet de soins en collaboration, la D^{re} Brooks parle de la nécessité d'intégrer davantage le soin des patients afin de mettre à contribution tous les fournisseurs de soins de santé et les gouvernements.

La D^{re} Brooks est la première à mentionner à la fois la santé mentale — ou « le mal-être mental » pour reprendre son expression — et la promotion de la santé comme grands dossiers sur lesquels il faut se pencher.



Andrew Coyne

Rédacteur national, *Maclean's*

« Notre système est dans un état de délabrement avancé et il est urgent de le réformer », déclare M. Coyne. Il ajoute que les soins de santé sont sur le point d'engloutir 50 % du budget de beaucoup de provinces « avant même que le premier baby-boomer parte pour la retraite. »

En dépit des améliorations apportées au système de santé au cours des dernières années, il déclare que le système demeure « une boîte noire » et que les gens ne connaissent pas les coûts réels de la prestation des soins de santé.

M. Coyne insiste sur deux enjeux clés :

- 1) La nécessité « d'implanter des prix quelque part dans le système » afin d'aider à indiquer la façon d'utiliser le système avec plus d'efficacité.
- 2) La nécessité de localiser les budgets de la santé afin que la responsabilité des dépenses de santé incombe aux régies régionales, aux groupes de fournisseurs autonomes et aux consommateurs de soins de santé.

Il déclare qu'il est « moralement urgent » de prendre des mesures pour que le système actuel fonctionne de façon plus efficace afin que l'on puisse maintenir des principes clés comme l'universalité.

Panéliste : D^r John Ross

Conseiller de la province de la Nouvelle-Écosse en matière de soins d'urgence

Le D^r Ross décrit la situation actuelle, qu'il qualifie de « soins

de maladie, non systémiques — et non de véritables soins de santé » et décrit les soins d'urgence comme un « système réactif où je dois me battre contre les maladies au fur et à mesure qu'elles se manifestent ».

Il mentionne le travail précurseur effectué par Marc Lalonde, ancien politicien fédéral, pour définir les déterminants de la santé, desquels le système de santé même n'est pas le facteur le plus important. Il déclare qu'« une bonne santé constitue l'assise sur laquelle reposent de bons systèmes sociaux ».

Panéliste : Maureen Summers

Chef de la direction, Société canadienne du cancer — Division de la Nouvelle-Écosse

M^{me} Summers déclare que la Société canadienne du cancer est d'avis qu'il existe actuellement au Canada de graves inégalités dans la prestation des services de santé et de lourds fardeaux financiers liés au lieu de résidence du patient.

Elle signale que, de tout le Canada, la Nouvelle-Écosse détient les taux de cancer les plus élevés, le deuxième rang des taux de mortalité reliée au cancer et un pourcentage plus élevé que la moyenne pour sa population de plus de 65 ans.

Les patients qui ont un cancer apprécient les soins qu'ils reçoivent, dit-elle, mais il y a encore beaucoup de cas précis où des patients doivent attendre pendant des périodes inacceptables pour voir un oncologue et surmonter des difficultés financières indues liées au coût des médicaments qu'ils doivent prendre en charge personnellement. « Nous entendons parler de tels cas tous les jours. »

« Les soins universels ne devraient être reliés ni au code postal ni au portefeuille », déclare M^{me} Summers.

Enjeux régionaux

Lorsqu'on leur demande de décrire le plus grand défi que doivent relever les soins de santé en Nouvelle-Écosse, les panélistes répondent de la façon suivante :

La D^{re} Brooks déclare qu'il est difficile de circonscrire un grand défi, mais elle mentionne le rapport récent du D^r Ross sur les services d'urgence en Nouvelle-Écosse et le défi que pose la mise en œuvre des recommandations contenues dans ce rapport tout en maintenant la responsabilité budgétaire.

M^{me} Summers déclare qu'un défi de premier plan consiste à déterminer comment créer un système de santé transparent, équitable et abordable tout en investissant aussi dans la



prévention des maladies et en cherchant davantage à « créer une population néo-écossaise en meilleure santé ».

Le D^r Ross répond en prenant à partie ceux qui laissent entendre que la Nouvelle-Écosse est une province « démunie ». Par rapport à une grande partie du reste du monde, il affirme : « Nous ne sommes pas une province démunie. Revenez-en ! ».

Il déclare qu'il faut innover davantage dans le système et appliquer un modèle d'affaires aux soins de santé.

M. Coyne affirme que l'enjeu principal, soit le vieillissement de la population et le fardeau plus lourd que ce phénomène imposera aux services de soins de santé n'est pas propre à la Nouvelle-Écosse.

Parlant de nouveau du système globalement plutôt qu'uniquement en Nouvelle-Écosse, le D^r Turnbull déclare qu'il y a six mois, il aurait considéré l'accès comme le grand défi à relever pour le système. Il pense maintenant que le grand problème, c'est l'apathie.

« Nous acceptons un système qui n'optimise pas les ressources, dit-il. C'est votre système, prenez-en le contrôle. »

Échanges avec l'auditoire

On félicite la D^{re} Brooks d'avoir établi un cabinet de soins en collaboration et laisse entendre qu'il faudrait demander à d'autres médecins actifs de décrire les mesures novatrices qu'ils prennent pour améliorer les soins.

Un autre membre de l'auditoire signale que le système de santé de la Nouvelle-Écosse est « très opaque » et que le public ne connaît pas grand chose de la répartition de l'enveloppe budgétaire des soins de santé. « Le public n'a pas l'information nécessaire pour prendre des décisions », ajoute-t-il, ce qui signifie qu'il n'est pas en mesure de suggérer des solutions novatrices.

Le D^r Ross signale que le financement du système constitue un enjeu crucial et mentionne une étude réalisée aux

États-Unis qui démontre qu'une minorité de patients consomme un pourcentage excessivement élevé des ressources de la santé. Il déclare que le moment est venu de poser des questions difficiles pour déterminer s'il ne serait pas préférable de consacrer aux soins palliatifs les dépenses affectées aux interventions de soins de santé chez les patients atteints de démence.

M. Coyne revient à son argument sur la nécessité de décentraliser les dépenses de santé en reliant les décisions et la responsabilité budgétaire à l'échelon régional.

Questions de l'AMC

Il est important pour les citoyens de savoir que le système de santé leur donne une bonne valeur pour leur argent. Qu'est-ce qu'il constituerait selon vous une bonne valeur ?

« Une bonne valeur en soins de santé, c'est l'accès à un médecin de famille et la possibilité d'avoir accès aux soins dont on a besoin quand on en a besoin », déclare la D^{re} Brooks.

M. Coyne affirme qu'il est difficile de répondre à la question et qu'il faut calculer les résultats pour la santé en fonction de l'argent investi. Il est persuadé que l'intégration d'incitatifs dans le système améliorerait ce ratio.

M^{me} Summers est d'accord avec la D^{re} Brooks et affirme qu'une bonne valeur en soins de santé pour les patients consiste à obtenir des traitements nécessaires en temps opportun, sans entrave financière.

Le D^r Ross déclare que pour le patient, une bonne valeur en soins de santé consiste vraiment à avoir accès aux soins nécessaires, mais qu'il est impossible d'en déterminer la valeur au niveau du système à cause du financement global des services hospitaliers.

Un membre de l'auditoire soulève de nouveau la nécessité d'améliorer le système en consacrant davantage de ressources à la promotion de la santé et à la prévention des maladies qui obligent à avoir recours au système de santé.

M^{me} Summers répond en détail à cette intervention en insistant sur le fait qu'il faut que la population soit en meilleure santé. Elle dit toutefois qu'il n'est pas juste de reprocher aux gens leur mauvais état de santé si l'on ne crée pas d'environnement propice à des habitudes de vie saines. « Il sera impossible d'amener des choix santé à être des choix faciles » tant qu'on n'aura pas abordé les autres déterminants de la santé.

Un représentant de l'organisme Access for Care of the Elderly (ACE) décrit aux panélistes les lacunes qu'il a remar-

quées en s'occupant de sa mère en soins de longue durée. Il mentionne la diminution du pourcentage de financement fédéral consacré aux soins de santé et demande comment « le citoyen ordinaire » pourra obtenir des services coûteux et rares si tous les nantis peuvent passer avant les autres.

Pour répondre au commentaire sur le fait qu'il faut que le gouvernement fédéral participe davantage au financement des soins de santé, M. Coyne affirme que c'est plutôt le contraire et que le fédéral devrait envisager sérieusement de se désengager de tous les arrangements de financement des soins de santé et de transférer les points d'impôt aux provinces. Il déclare que l'expérience qui a suivi la publication du rapport Romanow et une injection de fonds fédéraux révèle que « tout le monde s'est endormi » et qu'il n'y a pas eu d'innovation.

Un membre de l'auditoire qui est propriétaire d'une agence de soins à domicile formule des commentaires sur la nature politique des décisions qui permettent de garder des lits d'hôpitaux ouverts même si les soins peuvent être fournis de façon plus efficiente à domicile ou dans un centre de soins palliatifs.

« C'est à nos patients que nous devrions parler », déclare à l'assemblée un médecin de famille de la Nouvelle-Écosse, qui ajoute qu'on a plus de chance d'innover dans les soins de santé en mettant réellement le public à contribution.

Les patients et leurs familles jouent un rôle important dans leurs soins de santé. Selon vous, quelle est la responsabilité des Canadiens, maintenant et à l'avenir, en ce qui concerne leur santé ?

La D^{re} Brooks affirme que chacun a un rôle important à jouer dans le maintien de son état de santé.

M. Coyne affirme toutefois qu'il faut aller plus loin que les simples exhortations à cette fin et intégrer dans le système des incitations qui encourageront à la fois les patients et les médecins à adopter des habitudes de vie plus saines. Il déclare qu'en faisant passer les médecins à un mode de rémunération axé davantage sur la capitation, on les inciterait à appliquer des mesures de prévention de façon plus énergique.

M^{me} Summers déclare qu'en plus de la responsabilité individuelle dans le domaine de la santé, les patients doivent aussi devenir des promoteurs éclairés de meilleurs soins de santé au lieu de céder à la complaisance. Il est beaucoup trop facile, dit-elle, d'accepter le statu quo et de ne pas poser de questions.

Le D^r Ross mentionne un ovale de patinage gratuit que la communauté a construit et entretient gratuitement dans la ville d'Halifax comme exemple de responsabilité à l'égard de la santé en action.

Il ajoute que les patients doivent remettre en question les décisions sur le financement des soins de santé et la prestation des services.

Une chirurgienne cardiologue d'Halifax affirme que : « La responsabilité la plus importante des Canadiens consiste à se faire entendre sur ce qu'ils veulent financer (dans les soins de santé) ». Elle déclare qu'il importe de comptabiliser exactement les coûts des soins de santé et qu'il faut que le public se fasse entendre sur les services pour lesquels on devrait continuer de payer. « Nous n'avons pas les moyens de garder ouverts tous les services d'urgence de la Nouvelle-Écosse », dit-elle.

Une représentante d'un centre de santé communautaire de la ville d'Halifax affirme que le débat n'a pas abordé la question de la santé des populations. Elle ajoute que même si les soins communautaires des personnes désavantagées peuvent être très productifs, ils sont aussi « désordonnés et chronophages ».

M. Coyne répond aux commentaires en répétant qu'il est moralement urgent de réduire les inefficiences.

Un membre de l'auditoire qui s'occupe d'une personne en phase terminale d'un cancer du pancréas décrit avec véhémence les frustrations qui surgissent lorsqu'on essaie de le faire efficacement dans le système actuel.

« Je veux rendre des comptes, je veux pouvoir le faire », dit-elle, mais elle fait part de ses frustrations face à la paperasse qu'entraînent toujours les soins et aussi au « temps fou » qu'il faut attendre pour rencontrer des fournisseurs de soins de santé. « Je veux que vous m'envoyiez un message électronique », ajoute-t-elle.

L'intervenante parle aussi de la mauvaise gestion dans les hôpitaux et de la nécessité d'embaucher des gestionnaires chevronnés pour gérer le système plutôt que des infirmières ou des médecins qui occupent un poste administratif. « Tenez-vous-en à ce que vous connaissez », dit-elle.

Le D^r Turnbull déclare que les commentaires reflètent exactement ce que l'AMC a l'intention de faire, soit concentrer l'attention sur le patient plutôt que sur le fournisseur. « Nous devons écouter les patients et cesser de leur dire quoi faire », ajoute-t-il.

La loi qui sous-tend notre système — la *Loi canadienne sur la santé* — date des années 1980. Elle couvre seulement les soins médicaux et hospitaliers. Pensez-vous qu'il faudrait étendre la couverture à des éléments comme l'assurance-médicaments et les soins de longue durée ?

Tous les panélistes sauf M. Coyne reconnaissent qu'il faut

revoir et réviser la *Loi canadienne sur la santé* pour y inclure des aspects comme l'assurance-médicaments et le travail d'autres fournisseurs de soins de santé.

Un membre de l'auditoire prévient que l'ouverture de la *Loi canadienne sur la santé* deviendra un événement très politisé sur lequel divers groupes professionnels exerceront des pressions.

« Tant que notre système de traitement des maladies n'effectuera pas un virage véritable et authentique pour devenir axé sur les patients et dicté par les résultats, comment pouvons-nous discuter de la responsabilité au niveau des soins ? », demande-t-il.

Dans une optique plus générale, un autre membre de l'auditoire ajoute : « Oui, nous avons un bon système de santé et j'en fais l'expérience régulièrement. La question, c'est comment l'améliorer. » Il mentionne des systèmes européens comme de bons exemples de ce que le Canada devrait essayer de réaliser.

Mots de clôture

Lorsqu'on leur demande comment ils s'y prendraient pour instaurer le changement, les panélistes parlent de la nécessité d'une vision de l'avenir et de l'expérimentation qui permettra de découvrir ce qui fonctionne vraiment.

Dans ses conclusions, le D^r Turnbull résume six grands thèmes qu'il a entendus au cours de la réunion :

- Inégalités en santé.
- Imputabilité et nécessité de rendre le système plus accessible.
- Soins axés sur les patients.
- Nouveau système de gestion et de gouvernance des soins de santé à la hauteur des attentes, particulièrement au niveau communautaire.
- Intégration véritable du système de soins de santé.
- Innovation.

Il affirme aussi que les commentaires indiquent clairement qu'il est « moralement obligatoire d'améliorer le système de santé ».

Assemblée de Toronto, le 1^{er} mars 2011

Présences : 500

Mots d'introduction

Ken MacQueen

Chef du bureau de Vancouver de *Maclean's*

M. MacQueen déclare ouverte la réunion de Toronto, la deuxième de cinq assemblées publiques locales qui doivent se dérouler d'un bout à l'autre du Canada.

Il parle du fait qu'en 2014, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux signeront un nouvel Accord sur la santé.

« Nous ne serons pas à cette table de négociation, mais nous pouvons aider à déterminer le programme », dit-il à l'auditoire.

D^r Jeff Turnbull,

Président, Association médicale canadienne

Le D^r Turnbull déclare à l'auditoire qu'il est « fantastique » que ses membres soient venus participer à la discussion. Il signale qu'en plus d'une salle comble de 500 participants, 150 personnes étaient sur une liste d'attente et il les encourage à utiliser le site Web de la transformation des soins de santé (www.transformationsoindesante.ca) pour poursuivre la discussion.

Le D^r Turnbull déclare que l'assemblée publique locale vise à donner la parole aux Canadiens à propos de leur système de santé. Les médecins et les autres professionnels de la santé ont des idées sur ce qu'il faut faire pour réformer les soins de santé, « mais nous avons ce soir une occasion d'entendre des Canadiens qui ont des contacts directs avec le système de santé », dit-il.

Il déclare qu'il faut que les Canadiens commencent par déterminer à quoi le système de santé devrait ressembler à l'avenir et se demander ensuite comment le doter en ressources ou le financer.

« La viabilité, ce n'est pas seulement une question d'argent. C'est donner un accès universel à des soins de santé de grande qualité, fournis en temps opportun et d'une manière rentable, et qui met l'accent sur les données probantes et les résultats. »

Panéliste : D^r Mark MacLeod

Président, Association médicale de l'Ontario

Le D^r MacLeod signale que l'Ontario consacre déjà 46 % de son budget aux soins de santé et que le public a des attentes



claires au sujet de ce à quoi devrait ressembler le système de santé. Il ajoute que les médecins font partie du problème mais qu'ils parlent de la nécessité d'améliorer le service afin que leurs patients reçoivent de meilleurs soins.

Il déclare que l'Association médicale de l'Ontario a proposé une série de recommandations stratégiques portant sur des enjeux comme l'amélioration des services de santé mentale, l'utilisation plus efficace des services hospitaliers et le besoin d'implanter les dossiers médicaux électroniques dans toute la province afin de rendre le système meilleur à la fois pour ceux qui y travaillent et pour ceux qui y sont traités. « La discussion est compliquée », dit-il.

Durhane Wong-Rieger

Présidente et chef de la direction de l'Institute for Optimizing Health Outcomes

M^{me} Wong-Rieger insiste sur le fait que les patients doivent jouer un rôle actif et intervenir activement dans la planification de l'amélioration du système de santé de façon à le centrer sur le soin des patients.

Elle cite en exemple trois domaines où les patients doivent intervenir davantage :

- 1) La prise en charge des maladies chroniques.
- 2) L'expansion de l'assurance-santé pour y inclure un régime national d'assurance-médicaments et l'accès aux soins à domicile.
- 3) L'assurance que tous les Canadiens, y compris un

Canadien sur douze atteint d'une maladie rare, aient un accès équitable aux services.

Mary Jo Haddad

Présidente-directrice générale, Hôpital pour enfants malades

M^{me} Haddad déclare qu'elle fonde ses commentaires sur plus de 35 ans d'expérience dans le système de santé comme infirmière et administratrice d'hôpital, dont 10 ans aux É.-U.

Elle appuie l'appel aux soins axés sur les patients et déclare que les améliorations du système doivent reposer sur « l'innovation et les données probantes ». Elle signale que l'Ontario a une « locomotive remarquable » pour encourager l'innovation en sciences médicales, soit ses hôpitaux d'enseignement et ses formateurs, et que la province a un système appuyé par des « professionnels qui démontrent une passion incroyable ».

Elle ajoute que pour exercer un effet sur les exigences imposées au système de santé, il faut améliorer la santé des Canadiens, ce qui oblige à faire face aux déterminants sociaux de la santé — soit la pauvreté, le logement et la nutrition.

M^{me} Haddad parle aussi de « tendances très troublantes au niveau de la santé des enfants », comme la flambée de l'obésité infantile et le fait que 70 % des problèmes de santé mentale font leur apparition au cours de l'enfance.

Andrew Coyne

Rédacteur national, *Maclean's*

M. Coyne déclare que les coûts associés au financement du système de santé « nous tondent la laine sur le dos » et il ajoute que le vieillissement de la population posera le défi le plus important à la viabilité du système à l'avenir. « Ce sera le défi de notre histoire. »

Il considère que le système de soins de santé au Canada est « radicalement inefficace » et qu'il est possible d'en améliorer l'efficacité de 30 %. « L'inefficacité est mortelle », dit-il, et nous avons l'obligation morale de nous y attaquer.

Il soutient que la solution au problème actuel consiste à décentraliser le financement de l'assurance-santé et à rendre les organismes locaux chargés du financement responsables des contraintes budgétaires tout en leur permettant d'établir des prix et de faire concurrence.

Il préconise aussi une meilleure comptabilité afin d'avoir une idée réelle des coûts véritables associés à la prestation des soins de santé. Il insiste sur le fait que cela ne signifie pas qu'il faut facturer les soins de santé directement aux patients parce qu'ils n'ont pas l'information nécessaire pour faire des choix éclairés.

Questions de l'AMC

Il est important pour les citoyens de savoir que le système de santé leur donne une bonne valeur pour leur argent. Qu'est-ce qui constituerait selon vous une bonne valeur ?

« En bout de ligne... ce qui constitue une bonne valeur pour le patient, c'est que celui-ci obtient les soins les plus appropriés possibles. C'est la seule chose qui compte », déclare M^{me} Wong-Rieger. Elle ajoute qu'il faut à cette fin investir dans des services qui permettront aux patients d'être responsables de leur propre santé et de s'en occuper.

M^{me} Haddad reconnaît qu'une bonne valeur consiste à « obtenir les soins de santé dont on a besoin quand on en a besoin ».

M. Coyne signale que pour déterminer si le système offre une bonne valeur, il doit y avoir des points de repère pour garantir comment faire le meilleur usage possible des ressources existantes. Il affirme qu'il faut des incitations systémiques pour s'assurer que cela se produit.

« Les patients et la population devraient exiger de la valeur », déclare M. MacLeod.

Il répète qu'il faut mettre au point les meilleurs systèmes de technologies de l'information (TI) en soins de santé afin d'ajouter davantage de valeur dans le système. « Nous fonctionnons toujours dans un monde papier », ajoute-t-il, et c'est pourquoi il est important de comparer les coûts et d'échanger de l'information.

Michael McBane, membre de l'auditoire et coordonnateur national de la Coalition canadienne pour la santé, félicite l'AMC d'avoir demandé au fédéral de jouer un rôle de chef de file dans les soins de santé.

« Le système est en train d'éclater parce qu'il n'y a pas de tutelle et que nous ne pouvons bâtir pour l'avenir sans le leadership fédéral, dit-il. Nous n'optimisons pas l'utilisation des ressources », ajoute-t-il.

M. McBane concentre son propos sur l'industrie pharmaceutique, qu'il accuse d'être la principale responsable de la montée des coûts des soins de santé et déclare que les Canadiens paient les nouveaux médicaments 30 % plus cher que la moyenne internationale, en ajoutant que ces nouveaux médicaments sont surprescrits en fonction de campagnes de marketing et non de données probantes.

« Je pense que la solution réside dans un régime public universel d'assurance-médicaments », dit-il, en signalant qu'il ne faut pas s'inspirer du système actuel au Québec parce qu'il ne peut contrôler les coûts.

Un autre membre de l'auditoire préconise un examen plus général de la prise en compte des déterminants de la santé. « Une bonne valeur ne consiste pas à traiter dans le système de santé des problèmes qui seraient mieux traités ailleurs. Il faut tenir compte de l'importance des déterminants sociaux de la santé. Il importe de les inclure parce que dans beaucoup de cas, le système de santé est devenu l'aboutissement de toutes sortes de problèmes sociaux, qu'il s'agisse du manque de logements abordables (ou) du manque d'aliments nutritifs de bonne qualité. Ces problèmes finissent par être réglés dans le système de santé. J'utiliserai l'exemple de quelqu'un que j'appellerai Betty, qui s'est présentée à l'Hôpital général de Toronto en se plaignant de douleurs à l'abdomen. Bénéficiaire de l'aide sociale, elle pouvait se payer seulement du riz blanc pour manger. Elle s'est présentée avec une occlusion intestinale tellement grave qu'il a fallu pratiquer une intervention chirurgicale assez radicale. Cette intervention a coûté plus cher qu'il en aurait coûté pour fournir à Betty de bons légumes nourrissants pendant 20 ans. »

M^{me} Haddad déclare qu'en tant que dirigeante d'un hôpital, elle voit souvent des patients qui ne devraient pas s'y trouver.

« Pourquoi la *Loi canadienne sur la santé* ne couvre-t-elle pas les soins à domicile? », demande le D^r Mark Nowaszczynski, directeur de la gériatrie à l'Hôpital Mount Sinai à Toronto. Il ajoute que les soins à domicile offrent un énorme potentiel pour fournir de meilleurs soins particulièrement aux personnes âgées frêles qui ne peuvent facilement avoir accès au système de soins ambulatoires.

« Il y a trop de personnes âgées frêles qui passent entre les mailles du système et ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin », dit-il en soutenant qu'on éviterait des dépenses au système en fournissant davantage de soins à domicile, car les soins fournis à la population le seraient de façon plus efficiente.

Le D^r MacLeod déclare que « la simple réalité », c'est que jusqu'à 20 % des lits d'hôpitaux sont occupés par des personnes qui, en théorie, pourraient être mieux traitées à domicile ou dans un autre contexte. Il ajoute toutefois que les besoins en soins communautaires peuvent être tellement importants que le système doit fournir des modèles de soins concertés dispensés en équipe pour offrir les services nécessaires.

Le D^r Irfan Dhalla, lui aussi médecin de Toronto, affirme que des systèmes de santé très performants, comme celui de l'Administration des Anciens combattants aux É.-U., où les soins sont intégrés comme il se doit, sont aussi de bons modèles à suivre. Il déclare qu'une bonne valeur résiderait dans un système de santé intégré axé sur le patient.

Les patients et les membres de leur famille jouent un rôle important dans leurs soins de santé. Selon vous, quelle est la responsabilité des Canadiens, maintenant et à l'avenir, en ce qui concerne leur santé ?

M. Coyne déclare que les gens choisiront d'être en bonne santé plutôt qu'en mauvaise santé et répondront à des incitations à cette fin. Il ajoute qu'il faudra toutefois rajuster les incitations offertes aux médecins afin d'assurer qu'ils prodiguent des soins de la façon appropriée au lieu de surcharger les patients de soins, ce qui signifie qu'il faut passer à un modèle basé sur la capitation plutôt que sur la rémunération à l'acte.

M^{me} Haddad déclare que lorsque les gens assument la responsabilité de leur propre santé, les résultats sont meilleurs. Elle est d'avis que la prestation des soins de santé devrait constituer un partenariat entre prestataires de soins de santé et patients.

Le D^r MacLeod déclare qu'une des meilleures choses que les gens peuvent faire sur le plan de la responsabilité consiste à participer aux discussions sur les soins de santé, comme ces assemblées publiques locales. Il ajoute qu'au cours des discussions sur la responsabilité en matière de santé, il est très facile de tomber dans le « piège du blâme ». « S'occuper de la santé, ce n'est pas facile », dit-il.

Le D^r Turnbull ajoute : « Je dois vous dire que l'éducation est vraiment importante. Les incitations sont importantes. Je dois toutefois vous dire aussi que je travaille avec un groupe de personnes qui n'ont pas les moyens de se payer de la nourriture. Ces gens n'ont pas les moyens de s'abonner à un club sportif, ni de faire de l'exercice. Ils ont des incapacités et sont vulnérables. Ils ont des maladies psychiatriques et des dépendances aux drogues et à l'alcool. Ils luttent tous les jours seulement pour survivre. Autant pourrait-on souhaiter les informer et les éduquer au sujet d'habitudes de vie meilleures et de plus grande qualité, ces personnes essaient tout simplement de se rendre à la fin de la journée. Tant que nous ne nous attaquerons pas aux circonstances qui les ont placées dans cette situation, ces personnes ne s'inscriront pas à un club sportif. »

Sholom Glouberman, président de l'Association des patients du Canada, déclare « qu'un des éléments dégagés par les discussions tenues jusqu'à maintenant, c'est que nous pensons vraiment au système des années 1940 et 1950, mais qu'il faudrait penser en réalité à notre système lorsqu'il a commencé à prendre forme dans les années 1880, lorsque Koch et Pasteur ont prouvé que la théorie des germes était fondée, découvert que des microorganismes causaient des infections aiguës chez les

gens et trouvé le moyen de les guérir et de les prévenir. C'est à ce moment-là que notre système de santé a commencé à prendre forme.

« Notre système de santé repose sur les maladies infectieuses aiguës. Ce sont les maladies qu'il traite très bien. Le système traite très bien des épisodes aigus de maladies parce qu'il est ainsi fait. Il a été bâti ainsi pour une raison. C'est pourquoi nous avons des hôpitaux où se présentent des gens qui ont des problèmes chroniques. Ce qui arrive, c'est qu'ils se présentent lorsqu'ils ont un épisode aigu du problème chronique. Très souvent, c'est une des raisons pour lesquelles, lorsqu'ils quittent l'hôpital, leur problème chronique persiste et très souvent le traitement aigu ne touche pas vraiment la nature à long terme du problème chronique en cause.

« Ce qui s'est produit notamment entre 1920 et 1970, c'est qu'il y a eu un virage énorme au niveau de la mortalité. En 1920, la grande majorité des gens mouraient de maladies infectieuses aiguës — de la grippe, de la variole, de maladies causées par des microorganismes pathogènes. En 1970, la situation avait complètement changé. Maintenant, la plupart des gens meurent des effets d'une maladie chronique et notre système repose toujours sur le traitement des maladies aiguës. Il y a une différence énorme entre les maladies aiguës et les maladies chroniques : pour traiter un épisode aigu, il n'est pas vraiment nécessaire d'avoir l'avis du patient. Le système intervient, les médecins savent quoi faire, ils ont des protocoles à suivre et il est possible d'établir le coût réel du service en cause.

« Dans le cas des problèmes chroniques, cela ne fonctionne toutefois pas ainsi. Les maladies chroniques sont complexes, les maladies complexes ne sont pas traitées de la même façon que les maladies aiguës et nous devons déterminer comment les traiter. Nous avons donc un système embourbé dans les maladies aiguës alors qu'en fait la plupart des gens vivent avec une maladie chronique et que notre système intervient seulement lorsque ces maladies deviennent aiguës. Il y a d'autres éléments au sujet des problèmes chroniques, soit [...] que le patient doit jouer un rôle parce que la façon dont il réagit à un médicament et l'évolution d'une maladie dépendent vraiment de son apport, de ce qu'il dit et de ce qu'il veut. »

Un membre de l'auditoire soulève la question du maintien de la qualité dans le système et de la prévention des erreurs médicales, et préconise une surveillance de l'extérieur pour garantir la sécurité des patients. M^{me} Haddad signale que la *Loi sur l'excellence des soins pour tous en Ontario* constitue un pas audacieux franchi dans cette voie.

Claudine Bennett, infirmière en santé publique et

membre du conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, déclare qu'il importe de rappeler à l'auditoire la valeur de la prévention et en particulier l'importance de tenir compte de la santé de la mère au moment de la conception.

« Des tonnes de nouvelles données probantes appuient le développement de la petite enfance », dit-elle.

Un étudiant en médecine de l'Université de Toronto parle de l'importance de supprimer les obstacles afin que les gens puissent obtenir l'information exacte sur la santé dont ils ont besoin. Il parle de la nature partielle de l'information contenue dans la publicité sur les produits pharmaceutiques qui s'adresse directement aux consommateurs et à un auditoire souvent informé.

« Lorsqu'on dépense son propre argent, on a tendance à s'investir davantage dans ses soins médicaux », affirme un représentant d'une entreprise qui aide les Canadiens à recevoir des soins à l'étranger à leurs propres frais. Cette intervention incite M. Coyne à signaler que si les gens veulent dépenser leur propre argent pour obtenir des soins de santé, il faudrait alors le permettre. Il déclare que le problème se pose lorsque des dépenses privées et publiques consacrées aux soins de santé sont mélangées et qu'on autorise les gens à payer pour avoir accès les premiers à des services financés par le secteur public.

La loi qui sous-tend notre système — la *Loi canadienne sur la santé* — date des années 1980. Elle couvre seulement les soins médicaux et hospitaliers. Pensez-vous qu'il faudrait étendre la couverture à des éléments comme l'assurance-médicaments et les soins de longue durée ?

La D^{re} Danielle Martin, présidente fondatrice de Médecins canadiens pour le régime public, déclare qu'il faudrait élargir le champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé* pour couvrir les produits pharmaceutiques et les soins de longue durée et qu'un « système public à payeur unique » constitue la meilleure façon de contrôler les coûts des soins de santé. Elle signale que le financement consacré aux services médicaux et hospitaliers inclus dans l'assurance-santé est demeuré remarquablement stable.

Elle décrit la montée des coûts des produits pharmaceutiques comme le « Pacman » du système de santé « qui dévore les budgets des provinces d'un bout à l'autre du Canada ».

Un autre membre de l'auditoire indique à l'assemblée que jusqu'à maintenant, des discussions ont porté surtout sur les

soins médicaux et les soins de santé et qu'il faudrait étendre la *Loi sur la santé* au-delà des services médicaux et hospitaliers pour y inclure les services d'un vaste éventail de professionnels de la santé. Il ajoute que plus nous pouvons en faire pour aider les gens à éviter d'avoir à utiliser le système, mieux ce sera.

M. Coyne déclare que même s'il favorise l'expansion de la *Loi canadienne sur la santé* « en théorie et en principe » pour y inclure l'assurance-médicaments et les soins à domicile, « je crains vraiment que nous allons tout bousiller ».

M^{me} Wong-Rieger déclare que les patients ne cherchent pas d'autres « bonbons » dans l'élargissement du champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Même s'il y a un argumentaire en faveur de l'inclusion de l'assurance-médicaments dans la *Loi canadienne sur la santé*, de nombreux problèmes nuisent à l'utilisation la plus efficace des médicaments, comme l'observance médiocre par les patients.

« C'est une situation gagnant-perdant. Il est impossible de parler d'un panier (de services de soins de santé) toujours plus grand. »

Elle décrit les soins de santé comme une « énorme responsabilité partagée » et dit que les patients doivent utiliser le système comme si l'argent qu'ils dépensent était le leur.

M^{me} Haddad dit que si l'on pouvait réduire la demande de services de santé en améliorant l'état de santé de la population, il serait alors possible de réaffecter des fonds dans le système à des services qui peuvent être considérés comme essentiels tels les soins à domicile. Elle ajoute toutefois que des compromis s'imposent, car il est impossible de continuer simplement d'ajouter des services au système financé par le secteur public.

Le D^r MacLeod est d'accord et signale qu'il faut faire davantage pour rendre le système actuel aussi efficient que possible avant d'élargir le champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Le D^r Samir Sinha, chef de la gériatrie à l'Hôpital Mount Sinai, déclare que : « Je veux remercier Andrew Coyne d'avoir parlé de la population vieillissante parce que c'est un phénomène dont nous devons vraiment tenir compte sérieusement. Par exemple, il y a actuellement 13,7 % de la population canadienne qui a plus de 65 ans et ce pourcentage doublera au cours des 20 prochaines années. Cette population consomme presque la moitié des budgets de la santé dépensés actuellement au Canada et ce coût continuera d'augmenter. Je ne cherche à faire peur à personne... C'est une occasion de comprendre que lorsque notre système de santé a été créé, lorsque nous avons fondé l'assurance-santé au début des années 1960, les patients vivaient en moyenne jusqu'à la

soixantaine seulement. Les gens au Canada vivent maintenant plus de 80 ans. Nous avons donc une importante population gériatrique dont il faut mieux traiter les problèmes liés aux maladies chroniques. Le système n'a pas changé : ce sont les patients qui ont changé. Ils constituent une population plus âgée qui doit participer davantage à ses soins. Nous devons commencer à chercher des façons de faire vraiment participer les autres professionnels de la santé à leurs soins. Le Canada compte actuellement 68 000 médecins, mais 200 gériatres seulement. Il nous en faut environ 800 pour répondre aux besoins actuels.

Le D^r MacLeod répond qu'il faut former davantage de fournisseurs de soins de santé afin de fournir des soins gériatriques, qui constituent une spécialité relativement nouvelle. Il ajoute que le système n'a pas réussi à offrir des incitations pour encourager à fournir plus de soins aux personnes âgées chez elles.

Connie O'Connor, infirmière praticienne et représentante de Déficience en alpha-1 antitrypsine Canada, déclare que les patients qui ont une maladie rare sont souvent traités différemment d'un bout à l'autre du Canada parce que leurs soins relèvent de la compétence des provinces. Elle affirme qu'il faut revenir au principe fondamental de l'universalité pour ces patients, sans égard à leur lieu de résidence.

M^{me} Wong-Rieger déclare que du point de vue des patients, l'aspect le plus troublant du fonctionnement actuel de l'assurance-santé réside dans la prise en charge des médicaments qui varient selon l'administration.

« J'ai entendu des gens dire "Je suis prisonnier de ma province", dit-elle, parce que si la province en question couvre les coûts de leurs médicaments et d'autres ne le font pas, ils ne peuvent déménager. »

Un autre membre de l'auditoire ajoute : « Si l'accord de 2014 doit modifier le Canada, c'est cette année que ça se produit (à cause des élections en Ontario et des élections fédérales possibles qui détermineront qui négociera l'accord). »

Jeff Hanks, infirmier du Centre des sciences de la santé de London, est d'accord et parle de faire des élections provinciales à venir et des prochaines élections fédérales des référendums sur les soins de santé. Il affirme que les politiciens qui utilisent les systèmes de santé privés n'ont aucune incitation à améliorer l'assurance-santé. M. Hanks critique aussi le virage vers le « paiement fondé sur les résultats » parce qu'une expérience poussée avec ce mode de rémunération au Royaume-Uni a prouvé qu'il n'est pas efficace.

Une pharmacienne autorisée et étudiante finissante en

médecine déclare qu'elle est d'accord pour inclure l'assurance-médicaments et les soins de longue durée dans la *Loi canadienne sur la santé*. Elle affirme qu'il est étrange que l'on puisse prendre en charge un médicament à l'hôpital mais pas nécessairement après le retour dans la communauté.

Derek Chadwick, représentant de l'Ontario Health Coalition, déclare qu'il est faux de dire que la population vieillissante alourdit considérablement les coûts des soins de santé, car on a calculé qu'elle les augmente de 1 % seulement par année.

M. Chadwick estime que l'inclusion de l'assurance-médicaments dans la *Loi canadienne sur la santé* réduirait considérablement les coûts des soins de santé.

Enjeux régionaux

On demande aux panélistes et à l'auditoire d'indiquer l'intervention la plus importante que le gouvernement fédéral pourrait faire pour améliorer les soins de santé en Ontario.

Le D^r MacLeod indique deux mesures clés que le gouvernement fédéral pourrait prendre— stabiliser le financement des soins de santé afin de permettre une planification appropriée et aborder les déterminants sociaux de la santé.

M^{me} Haddad est d'accord et ajoute qu'il faudrait veiller à ce que le système de santé soit branché électroniquement d'un bout à l'autre du Canada.

M^{me} Wong-Rieger déclare que l'expérience couronnée de succès de l'Australie montre qu'une stratégie nationale sur la prise en charge des maladies chroniques s'impose pour assurer la mise en place de lignes directrices et d'infrastructures nationales.

« Cessez de financer », répond M. Coyne. Il soutient que le gouvernement fédéral effectue des paiements de transfert aux provinces seulement pour assortir les fonds en cause de conditions et qu'il n'y a maintenant aucune volonté politique de les appliquer. Il propose de convertir le système actuel de transferts en espèces.

« Il y a un grand besoin de normes nationales, déclare le D^r Turnbull. Les Canadiens s'attendent à un niveau comparable de soins lorsqu'ils passent d'une région à une autre », dit-il en signalant que les maladies ne connaissent pas les frontières des provinces.

Le D^r Sandy Buchman, qui fournit des services de soins palliatifs à domicile et est le président désigné du Collège des

médecins de famille du Canada, déclare que le gouvernement fédéral devrait améliorer et appuyer les soins primaires.

« Nous avons besoin d'un solide système de soins primaires. Les preuves l'appuient. »

Le D^r Buchman répète aussi l'appel lancé en faveur d'un meilleur soutien TI en soins de santé afin d'assurer la continuité des soins lorsque les patients reçoivent leur congé de l'hôpital. Trop souvent à l'heure actuelle, dit-il, les médecins doivent compter sur les patients et les membres de leur famille pour obtenir l'information dont ils ont besoin pour leur prodiguer des soins parce que l'hôpital ne la fournit pas.

Un autre intervenant demande au gouvernement fédéral d'intégrer dans la *Loi canadienne sur la santé* des droits pour les patients qui reflètent ceux dont bénéficient les citoyens.

Donna Dill, infirmière qui fournit des soins continus en Nouvelle-Écosse, déclare que le gouvernement fédéral doit faire plus pour modifier la culture et attacher davantage d'importance à la prévention des maladies dans la communauté.

Un médecin en santé publique qui travaille avec le porte-parole du NPD provincial pour la santé déclare que pour des raisons idéologiques, le gouvernement fédéral n'est pas intéressé à appliquer la *Loi canadienne sur la santé*. M. Coyne signale que si les gens voulaient appliquer la *Loi canadienne sur la santé*, ils voteraient NPD parce que ni les Conservateurs ni les Libéraux ne le feront.

Le D^r Doug Crawford, anesthésiologiste à la retraite de Barrie (Ontario), affirme que la chose la plus importante que le gouvernement fédéral pourrait faire, c'est fournir au système de santé l'infrastructure TI qui reconnaîtra des plateformes différentes. Il signale que les 11 milliards de dollars déjà dépensés dans ce domaine ont été « engloutis dans un trou noir ».

Gina Konjarski dit que le système a vraiment besoin « de transparence et d'imputabilité ». Elle présente un plaidoyer en faveur d'un projet de loi que le NPD a présenté à l'Assemblée législative de l'Ontario pour étendre les pouvoirs de l'ombudsman de la province.

Mots de clôture

Le D^r Turnbull déclare que le principal enjeu dont il a entendu parler au cours des discussions ce soir, c'est la nécessité de modifier le paradigme des soins de santé afin que le système ne soit plus seulement basé sur les soins actifs et les maladies et axé sur les soins, mais qu'il reconnaisse aussi les nouvelles réalités des soins de santé et la nécessité de la prévention des maladies et de la promotion de la santé, ainsi que des soins

intégrés à domicile pour traiter les maladies chroniques.

Les autres thèmes suivants, notamment, ont été abordés au cours de la réunion, déclare le D^r Turnbull :

- L'imputabilité et la nécessité pour tous ceux qui jouent un rôle dans le système de santé, y compris les communautés et le public, d'accepter une partie de la responsabilité.
- Le besoin d'un bon système de données et de dossiers médicaux électroniques permettant de fournir des soins sécuritaires et efficaces.
- L'appui de l'expansion du champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé*, mais seulement d'une façon qui utiliserait mieux les ressources existantes des soins de santé.
 - « L'avenir s'annonce très brillant au moment où nous écoutons toutes ces bonnes idées », conclut-il.

Assemblée d'Edmonton, le 29 mars 2011

Présences : 200 personnes

Mots d'ouverture

Animateur : Ken MacQueen

Chef du bureau de Vancouver de *Maclean's*

M. MacQueen souhaite la bienvenue à l'auditoire et signale que l'assemblée se tient à un moment idéal parce qu'elle a lieu au début de la campagne électorale fédérale. Il déclare que la reconstruction de l'assurance-santé « mérite sa place au programme de chaque parti national » et « mérite l'attention de nos politiciens à tous les niveaux ».

D^r Jeff Turnbull

Président, Association médicale canadienne

Le D^r Turnbull répète que les assemblées publiques locales visent à entendre les Canadiens — les patients, les membres de leur famille et les autres interlocuteurs du système de santé — et à savoir ce qu'ils pensent de l'avenir des soins de santé. Il déclare que tous les commentaires entendus au cours des assemblées publiques locales et reçus sur le site web www.transformationsante.ca de l'AMC seront colligés et convertis en un rapport officiel « qui vous fera entendre auprès des gouvernements ».

« L'AMC est convaincue que votre voix est importante. Nous avons besoin de vos commentaires », dit-il.

Panéliste : D^r Patrick White

Président, Association médicale de l'Alberta

Le D^r White signale que ce serait un « euphémisme » que d'affirmer que les soins de santé constituent un enjeu important en Alberta au moment où l'AMA entend tout le monde parler des préoccupations générales soulevées par le système provincial. « Le système est excellent une fois qu'on y est entré, poursuit-il. Le problème, c'est d'y entrer. »

Le D^r White déclare qu'une des réussites de l'entente de huit ans (qui vient de prendre fin) conclue entre les médecins et le gouvernement provincial a résidé dans les soins primaires et la création de réseaux de soins primaires fournissant des soins 24 heures par jour à des groupes définis de patients et ce, à un coût annuel de 50 \$ par patient. « Ce que nous cherchons pour l'avenir, c'est une évolution importante des soins primaires qui



permettra aux médecins de travailler non seulement seuls, mais en équipe et avec des membres d'autres disciplines. »

« Ne serait-il pas bien de dire dans cinq ans que chaque Albertain a son médecin de famille? Ce n'est pas le cas aujourd'hui. Nous devrions faire passer les soins primaires en premier dans le système. »

Panéliste : Dan MacLennan

Membre, Comité consultatif de Santé Alberta

M. MacLennan fait allusion à la controverse récente en Alberta et à des allégations selon lesquelles on a persuadé des médecins de ne pas parler de patients qui meurent pendant qu'ils attendent une consultation. Il déclare que la province a besoin d'une loi musclée sur la dénonciation.

Panéliste : Cathy Gulli

Rédactrice associée, *Maclean's*

M^{me} Gulli déclare que la question de la qualité des soins de santé au Canada devient importante pour la plupart des Canadiens seulement lorsqu'ils se présentent à un examen médical ou qu'ils veulent obtenir un service médical. Comme la population vieillissante augmente et compte tenu de la prévalence accrue des maladies chroniques, elle déclare que beaucoup de gens vont faire face à la question « d'une façon très personnelle ».

Panéliste : Rachel Bard

Directrice générale, Association des infirmières et infirmiers du Canada

M^{me} Bard déclare que les médecins et les infirmières savent que le système de santé actuel n'est pas aussi efficient qu'il pourrait l'être pour répondre aux besoins des Canadiens dans le domaine de la santé. Elle cite de nombreuses statistiques comme les cinq millions de Canadiens qui n'ont pas de médecin de famille ou d'infirmière praticienne, et le fait que le tiers de la population a un problème de santé chronique.

M^{me} Bard déclare qu'il faut transformer le système afin de l'axer principalement sur le patient, de le rendre plus efficient et inclusif pour qu'il réponde davantage aux besoins des patients. Cette transformation doit inclure une convergence sur la prévention des maladies et la promotion de la santé, ainsi que sur les soins actifs et la responsabilisation accrue des gens à l'égard de leur propre santé, affirme-t-elle.

Questions de l'AMC

Il est important pour les citoyens de savoir que le système de santé leur donne une bonne valeur pour leur argent.

Qu'est-ce qui constituerait selon vous une bonne valeur ?

Le D^r White déclare que compte tenu des problèmes d'accès auxquels font face actuellement beaucoup de patients en Alberta, une bonne valeur en soins de santé signifie avoir accès en temps opportun à un médecin ou à des services de santé nécessaires. « Nous injectons de l'argent dans le système depuis tellement longtemps, mais le système ne semble pas changer. »

« Pour moi, des temps d'attente plus courts constituent un paramètre de bonne valeur », dit-il.

M^{me} Gulli déclare que les Canadiens veulent savoir qu'ils tirent une bonne valeur consacrées aux soins de santé et que l'argent n'est pas gaspillé. Ce qui constitue une bonne valeur en soins de santé semble logique, mais aussi très difficile à atteindre, dit-elle, en mentionnant un accès opportun, empathique et approprié aux soins.

Pour M^{me} Bard, une bonne valeur en soins de santé consiste à obtenir le bon service au bon moment au bon endroit et du bon fournisseur. Elle répète les préoccupations soulevées par le fait que trop de personnes sont gardées indûment à l'hôpital alors qu'elles devraient être traitées dans la communauté. Elle répète aussi l'argument que fait valoir le D^r White en affirmant que la plupart des Canadiens définirait une bonne valeur en soins de santé comme un accès facile aux soins.

Réaction de l'auditoire

Diane Dyer, présidente désignée du College and Association of Registered Nurses of Alberta, parle de la population vieillissante et du fardeau de plus en plus lourd imposé par les maladies chroniques. Elle demande, étant donné que plus de soins sont dispensés dans la communauté, si les personnes en cause reçoivent les soins dont elles ont besoin quand elles en ont besoin.

Une meilleure utilisation des équipes interdisciplinaires de soins de santé dans la communauté peut aider à « éviter des soins coûteux dans les hôpitaux », déclare M^{me} Dyer, mais pour que les soins prodigués par des équipes soient efficaces, dit-elle, il faut supprimer les obstacles et les patients doivent avoir accès à tous les membres des équipes interdisciplinaires.

M^{me} Dyer parle aussi du besoin d'un régime national d'assurance-médicaments pour contrôler « l'explosion » des coûts des médicaments et demande aussi qu'on mette davantage l'accent sur la prévention des maladies afin de minimiser la gravité des maladies chroniques et leur effet à l'avenir.

Une autre infirmière déclare qu'ayant travaillé au Canada et aux États-Unis, elle appuie fermement un système de soins de santé financé par le secteur public parce que c'est « ce qui définit le Canada ».

Elle signale que moins de 2 % des Albertains ont accès aux soins à domicile et qu'il est plus facile d'aller à l'hôpital pour y recevoir des soins coûteux que de recevoir des soins à domicile. Elle parle d'optimiser les ressources en transférant du financement du secteur des soins actifs à ceux des soins à domicile et des soins de longue durée.

Le D^r White est d'accord et il signale que « nous n'avons absolument aucune vision du système de santé global et nous cherchons (plutôt) à régler les crises qui se succèdent ». Une telle vision inclurait les soins de longue durée dans la communauté et les soins primaires, dit-il.

Je m'appelle Helen Demsey-Simmons et je n'ai aucune hésitation à vous dire à tous ici présents que je pratiquais les soins infirmiers probablement avant la naissance de certains d'entre vous. Je suis infirmière depuis presque 50 ans... Nous avons désespérément besoin de garder notre système de santé, mais nous avons besoin de beaucoup plus que d'un simple diachylon. Nous devons considérer les gens comme des êtres humains. Mon mari est décédé il y a 18 mois et il n'est pas mort dans la dignité. Ce n'est pas la faute des infirmières,

mais je dirais que je regretterai probablement pendant le reste de ma vie de ne pas l'avoir gardé à la maison avec moi. Je n'ai pu l'amener à la maison lorsqu'il m'a supplié de le faire parce que je ne pouvais m'occuper seule de lui à la maison. Les soins à domicile, c'est nul. Vous pouvez me croire sur parole. Mon père est mort sur la côte Est six mois avant mon mari. Comme beaucoup de personnes âgées, il a été hospitalisé pour une intervention chirurgicale. Il a survécu à l'intervention, mais il n'a pas survécu aux infections nosocomiales.

Un autre membre de l'auditoire déclare que les gouvernements ne sont pas très bons dirigeants d'entreprise, en particulier d'entreprises aussi compliquées que les soins de santé. M. MacLennan répond que les gouvernements sont plus susceptibles que les entreprises privées de fournir de l'information sur les relations de travail, et il est de loin préférable que les soins de santé soient administrés par l'État.

Carol Wodak déclare qu'elle fait des recherches depuis quelque temps sur le soin des personnes âgées en Alberta et signale qu'en 1985, le gouvernement provincial a commencé à planifier le démantèlement du système de soins de longue durée. Elle ajoute que c'est au cours de la même année que le Danemark a proposé une solution de rechange aux soins en établissement en effectuant le virage vers les soins communautaires et en faisant payer tous les coûts par le système public, y compris ceux des programmes sociaux, de la sécurité du revenu, de la sécurité, du logement et des transports. M^{me} Wodak ajoute qu'en 1988, le gouvernement provincial a supprimé la couverture des soins de réadaptation et de convalescence du système financé par le secteur public même s'ils constituent l'épine dorsale de tout système de soins de longue durée.

« Il faut supprimer le motif lié aux bénéficiaires dans tous les systèmes de santé », déclare M^{me} Wodak.

Elle demande ce que les médecins pourraient faire maintenant « pour améliorer le système qu'ils ont aidé à créer » et le D^r White répond qu'il incombe à chacun d'intervenir auprès des politiciens pour améliorer le système.

Je pense que tous les fournisseurs de soins de santé du Canada (et) vous tous (membres de l'auditoire) pouvez vraiment instaurer ce changement. Il faut du courage et du leadership, et je ne pense pas que nous réussirons à moins de tous conjuguer nos efforts de surmonter cette



apathie que nous avons en pensant que le système est malade et que nous ne pouvons le guérir. Nous pouvons le faire. Il est possible de le faire ensemble en nous faisant entendre, particulièrement en période électorale, et en affirmant que « c'est tellement important pour notre avenir que vous devez écouter. Vous devez instaurer des changements réels ».

— Jeff Turnbull

Les patients et leurs familles jouent un rôle important dans leurs soins de santé. Selon vous, quelle est la responsabilité des Canadiens, maintenant et à l'avenir, en ce qui concerne leur santé?

M^{me} Bard répète que chacun a un rôle à jouer dans la promotion de la santé et la prévention des maladies. Elle signale que la génération actuelle est plus informée au sujet de la santé et de l'importance de demeurer en bonne santé. Les gens doivent prendre en charge leur propre santé, dit-elle, et déterminer ce que les membres de leur famille et eux-mêmes peuvent faire pour adopter des comportements de changement qui rendront le système de santé plus viable.

M^{me} Gulli déclare que la responsabilité personnelle constitue à son avis une question « vraiment délicate » pour les médecins et les patients parce qu'il est facile de reprocher à quelqu'un de ne pas s'être occupé de sa propre santé. Elle affirme que beaucoup de gens ne font pas le bon choix lorsqu'il est question de leur propre santé, pour toutes sortes de raisons. Lorsque l'on détermine qu'il y a un problème de santé, dit-elle, les gens doivent suivre les plans de traitement

ou prendre leurs médicaments, ce qui, souvent, n'est pas le cas présentement.

En ce qui concerne la situation actuelle en Alberta, dit-elle, les gens doivent demander aux dirigeants politiques de rendre compte des injustices dont l'existence est démontrée dans le système de santé.

Le Dr White déclare qu'il faut parler directement aux politiciens provinciaux et fédéraux et exiger des changements afin d'améliorer le système. « Chez certains d'entre nous, lorsque nous quitterons la salle, la passion disparaîtra et ce que nous devons faire en réalité, c'est nous mettre en colère et affirmer que ça ne va pas. Cette colère doit se traduire en interventions. Il doit exister un mouvement de fond pour exiger des changements et ce mouvement doit provenir de la population. »

Réaction de l'auditoire

Heather MacKay, infirmière psychiatrique autorisée, déclare que les gens doivent préconiser et appuyer les programmes qui offrent des soins axés sur les patients. Elle affirme qu'il ne faut pas rester à ne rien faire et accepter des temps d'attente et des obstacles inutiles aux soins.

En réponse à une question de M. MacLennan, le Dr Turnbull décrit le travail qu'il fait auprès des itinérants et le fardeau énorme que leur impose la maladie. Il affirme que leurs défis portent sur la nécessité de tenir compte des déterminants sociaux de la santé comme la pauvreté, le logement et le développement de la petite enfance.

Richard Perry, représentant de l'Association canadienne des individus retraités (ACIR) d'Edmonton, discute de la viabilité dans les soins de santé et du fait que chacun semble parler des coûts et des intrants, mais non des extrants. Il ajoute qu'il faut mesurer les extrants du système de santé afin de déterminer s'ils font une différence.

M^{me} Bard déclare qu'il y a maintenant suffisamment d'argent dans le système de santé, mais qu'il faut redéployer le financement afin qu'il reflète le continuum complet des soins et mieux gérer les problèmes chroniques. Elle affirme que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans l'établissement des points de repère et la mesure des résultats pour la santé.

Elisabeth Ballermann, chef de l'Association des soins de santé de l'Alberta qui représente 21 000 autres professionnels de la santé, affirme qu'il est crucial de tenir compte des déterminants socioéconomiques de la santé. Il faut s'attaquer aux causes profondes d'un mauvais état de santé comme le manque de littératie en santé avant de s'attaquer à des enjeux

comme la responsabilité personnelle à l'égard des soins de santé, soutient M^{me} Ballermann.

« Collectivement, nous devons être responsables de notre système public de soins de santé, déclare-t-elle. Comme Canadiens, nous avons l'obligation personnelle d'obliger nos gouvernements à tous les niveaux à rendre des comptes — d'exiger qu'ils respectent ce que nous entendons ici, soit que nous voulons un système public de soins de santé solide. »

La loi qui sous-tend notre système — la *Loi canadienne sur la santé* — date des années 1980. Elle couvre seulement les soins médicaux et hospitaliers. Pensez-vous qu'il faudrait étendre la couverture à des éléments comme l'assurance-médicaments et les soins de longue durée ?

M^{me} Bard affirme qu'il faut étendre la portée de la *Loi canadienne sur la santé*. Elle ajoute que comme la loi repose sur un modèle de traitement de la maladie, il faut effectuer un virage afin de tenir compte d'autres éléments du système de santé comme les soins communautaires, les soins à domicile et l'assurance-médicaments.

M^{me} Gulli est d'accord et affirme qu'il faut tenir compte de l'expansion de la *Loi sur la santé* pour y inclure tous les éléments mentionnés par M^{me} Bard.

Réaction de l'auditoire

Don Mayne, retraité depuis 18 ans et membre de l'auditoire, déclare qu'il s'intéresse davantage, maintenant qu'il est plus âgé, à l'expansion de la portée de la *Loi sur la santé* et à l'inclusion de services comme l'assurance-médicaments et les soins de longue durée.

L'ancien président de l'Association professionnelle des résidents de l'Alberta, qui compte 1 200 membres, répète que les patients doivent obliger les politiciens à rendre des comptes en votant de façon à s'assurer que le gouvernement entende le message sur leurs préoccupations au sujet des soins de santé.

Un autre membre de l'auditoire est « consterné » par l'analphabétisme scientifique des politiciens lorsqu'il est question des sciences biologiques et environnementales. Il déclare qu'on a besoin de dirigeants élus qui comprennent vraiment ce que les professionnels de la santé essaient de leur dire.

Sheila Cousineau, qui travaille au réseau des soins primaires de St. Albert et Sturgeon, parle de la nécessité d'adopter une approche plus multidisciplinaire de la prestation des soins de santé. Elle affirme que l'importance

soutenue accordée à la rémunération à l'acte comme moyen de rémunérer les médecins constitue un des obstacles.

M^{me} Cousineau parle aussi de la nécessité pour les patients d'assumer une plus grande responsabilité en se présentant à temps à leurs rendez-vous chez le médecin afin que le système fonctionne de façon plus efficiente.

Noel Summerville, qui préside un groupe de travail de personnes âgées en Alberta, préconise une vaste expansion de la *Loi canadienne sur la santé*. Il affirme que la loi en vigueur ne couvre pas un grand nombre des services de santé dont les personnes âgées ont besoin et que beaucoup de gens ne connaissent probablement pas les limites de la loi.

Il ajoute qu'il est ridicule d'affirmer que l'Alberta ne peut entretenir un système de santé viable, quand le problème réside non pas dans les dépenses, mais plutôt dans le gaspillage des revenus de la province.

Doug Maggison, analyste de politiques pour les syndicats du secteur de la santé de l'Alberta, exhorte le gouvernement fédéral à appliquer la recommandation du rapport de 2004 de la commission Romanow.

Mary O'Neill, ancienne députée provinciale, déclare que la *Loi canadienne sur la santé* devrait être un « document vivant » dont il faudrait élargir le champ d'application pour répondre aux besoins de l'heure.

« Je suis très optimiste au sujet du système de santé. Je veux participer à son avancement », dit-elle.

Quel est le défi le plus grand défi que doit relever le système de santé en Alberta ?

M^{me} Bard parle des récentes activités de réorganisation et de restructuration du système de santé en Alberta et de la nécessité d'intégrer dans le nouveau système des modèles de soins primaires et de prestation des soins en équipe.

« Nous devons améliorer ce que nous faisons bien », déclare M. MacLennan en citant les exemples de nouveaux services de santé qui fonctionnent bien dans la province.

« Le système actuel est très bon. Le problème, c'est que beaucoup d'entre nous ne peuvent y accéder assez rapidement. La province a connu un énorme changement sur le plan administratif. Nous en avons assez des changements.

Procédons plutôt à un regroupement parce qu'il a fallu deux ans de planification pour regrouper toutes ces régions sanitaires en une seule. Laissons le système tranquille. Nous



ne pouvons continuer d'y injecter de l'argent. Ce n'est tout simplement pas viable. Nous devons chercher à déterminer comment réorganiser le système afin de l'améliorer. L'accès et les listes d'attente, les références aux soins spécialisés et aux soins primaires en constituent les piliers... Comment transférer des ressources du secteur des soins actifs dans ces domaines ? Voilà le défi. Actuellement, nos services d'urgence sont engorgés. Les patients qui ont besoin de soins hospitaliers ne peuvent les obtenir. Une fois qu'ils réussissent à entrer à l'hôpital, ils obtiennent des soins fantastiques. C'est une question d'orientation. Nous avons entendu beaucoup parler du manque de ressources à affecter aux soins à domicile, aux soins continus, aux soins infirmiers, etc. Nous avons parlé de patients âgés qui occupent des lits de soins actifs et y reçoivent probablement des soins moins bons que s'ils étaient dans un foyer de soins doté des services de soutien appropriés. Je pense que nous avons l'argent. Nous sommes une province relativement riche. La question consiste à déterminer comment traiter le système. Les changements énormes prennent du temps. Le système ne s'améliorera pas du jour au lendemain. Il faudra cinq ou dix ans.

— Patrick White

M^{me} Gulli déclare, comme personne de l'extérieur, qu'elle est étonnée qu'une « province aussi riche » que l'Alberta puisse avoir un système de santé tellement défaillant. Il est clair pour elle que le problème ne réside pas seulement dans le financement : c'est aussi la façon dont le système est géré.

Un étudiant de deuxième année de médecine de l'Université de Calgary demande comment le gouvernement fédéral surveillera-t-il le système de santé s'il y injecte moins de 25 % du financement.

Wendy Armstrong, représentante des consommateurs et chercheuse indépendante en politiques, déclare qu'une grande partie du système de santé a effectué le virage vers le paiement par le secteur privé et la responsabilité privée. Beaucoup trop de politiciens ont adopté le modèle d'affaires dans le cas des soins de santé, dit-elle, et ont stimulé l'augmentation du nombre de débouchés privés pour les médecins, comme en chirurgie esthétique, par exemple.

« Comment pouvons-nous espérer garantir la sécurité, la qualité et l'accès dans le système public ou même dans tout système financé par le secteur privé après avoir permis à des entreprises privées de commercialiser, dans des circonstances très trompeuses, la tomographie du corps entier », demande M^{me} Armstrong.

De quelles grandes questions les politiciens devraient-ils débattre au cours des élections fédérales ?

Le D^r Turnbull déclare que les contributions du gouvernement fédéral aux soins de santé demeurent importantes et c'est pourquoi nous devons « nous attendre à beaucoup ». Il dit que le gouvernement fédéral doit établir des normes nationales dans des domaines de la santé où il a des responsabilités comme dans le soin des Autochtones et des membres des forces armées et de la GRC. « Le gouvernement fédéral est le gardien de la *Loi canadienne sur la santé* et il devrait la protéger. »

Réaction de l'auditoire

Donna Hutton, infirmière, déclare avoir vu des exemples de la façon dont le système de santé d'autres pays peut favoriser l'accès et les soins continus d'une façon coordonnée et intégrée. « Pourquoi ne pouvons-nous tirer des leçons d'autres pays et systèmes qui sont manifestement efficaces ? », demande-t-elle. Beaucoup de ces autres pays ne plafonnent pas les soins à domicile, signale-t-elle, utilisent aussi à fond les infirmières praticiennes et intègrent les fournisseurs de santé dans tout le continuum des soins.

Un étudiant de deuxième année de médecine de l'Université de Calgary déclare que beaucoup de gens font toujours très confiance à leur médecin, ce qui sous-entend que les médecins doivent appliquer les normes de soins les plus rigoureuses. « Des médecins sont prêts à rédiger une ordon-

nance simplement pour se débarrasser de moi », dit-il, « et pour maximiser le nombre de patients qu'ils voient à l'heure ».

On pourrait croire que nous avons un bon système, mais ce n'est pas le cas. Nous sommes brillants, capables, riches, et c'est pourquoi nous pourrions faire beaucoup plus. Quant au gouvernement fédéral, pourquoi ne s'occupe-t-il pas d'étudier des normes nationales pour les programmes ? ... Il devrait pouvoir garantir à chaque

Canadien des normes et des services minimaux et il devrait y avoir des pénalités. La seule chose qui manque dans la Loi canadienne sur la santé, c'est l'imputabilité : la vôtre, la mienne, celle des politiciens... Or, avant que les gens partent ce soir avec des idées noires, il y a une foule d'exemples d'excellentes choses au Canada. J'ai travaillé dans le réseau de soins primaires Edmonton-Oliver (qui compte quelque 62 000 personnes). Ces 62 000 personnes peuvent compter sur des infirmières, des infirmières praticiennes, des médecins de famille et le travail d'équipe comme on ne pourrait y croire.

— David Moores, professeur de médecine familiale, Université de l'Alberta

Résumé et conclusion

Le D^r Turnbull résume la réunion en énumérant les principaux points qu'il dit avoir entendus au cours de la soirée :

- Les défis posés par l'accès.
- La nécessité de créer des secteurs de soins à domicile, de soins de longue durée et de traitement des maladies chroniques basé sur le secteur des soins actifs.
- L'expansion de la *Loi canadienne sur la santé* pour y inclure les soins de longue durée, les soins à domicile, l'assurance-médicaments et les services de réadaptation tout en faisant respecter les principes en vigueur.
- L'importance des déterminants sociaux de la santé et de la promotion de la santé, ainsi qu'une convergence sur les groupes vulnérables comme les Autochtones et les itinérants.
- Un sentiment renouvelé de vision d'un système de santé universel financé par le secteur public.
- Un échec flagrant de la gestion du système.
- Un appel à l'action pour promouvoir un meilleur système de santé.

Assemblée de Laprairie, le 2 juin 2011

Participation : 200 personnes

Assemblée publique tenue à Laprairie dans le cadre de l'assemblée annuelle du Réseau FADOQ Rive-Sud Suroît

Mots d'introduction

Animateur : M. Claude Thibodeau

L'animateur souhaite la bienvenue aux participants et explique que cette assemblée se tient dans le cadre d'une série d'assemblées qui ont lieu d'un bout à l'autre du pays et sont organisées en partenariat avec le magazine *L'Actualité*, le magazine *Maclean's* et CPAC. Le dialogue national a pour thème : *Les soins de santé au Canada : le temps est venu de transformer notre système.*

Il remercie le Réseau FADOQ-Rive-Sud Suroît d'avoir permis à l'AMC de tenir cette assemblée. Il énonce l'objectif de la consultation qui est de donner aux Canadiens et aux Canadiennes l'occasion d'exprimer leur vision du système de santé à travers la perspective du client.

L'animateur souligne la présence du Dr Jeff Turnbull, président de l'AMC, et ajoute que le Dr Turnbull participe à toutes les assemblées publiques pour recueillir les différents commentaires de la population.

Mot d'introduction de la D^{re} Ruth Vander Stelt, présidente de l'Association médicale du Québec

La D^{re} Vander Stelt expose le contexte dans lequel la consultation a lieu. Le système de santé, dit-elle, n'a pas répondu aux attentes et il reste beaucoup à faire pour qu'il réponde adéquatement aux besoins des patients. Elle explique que l'AMC a cru bon d'étudier ce problème qui est d'envergure nationale en commençant par la diffusion du document *La transformation des soins de santé au Canada*. Elle indique que l'AMC veut écouter les citoyens et savoir ce qu'ils pensent de leur système. La D^{re} Vander Stelt énonce les trois questions qui seront abordées.

Intervention d'un panéliste, le Dr Pierre Audet-Lapointe, président de la Coalition Priorité Cancer au Québec

Le Dr Audet-Lapointe explique la raison d'être de la Coalition, qui est de défendre les personnes atteintes du cancer au Québec et de leur donner la parole.



Intervention d'une panéliste, la D^{re} Ruth Vander Stelt, présidente de l'Association médicale du Québec

Médecin de famille en milieu rural, la D^{re} Vander Stelt indique que les défis principaux sont de nature organisationnelle. Les patients ne sont pas toujours vus au bon endroit et au bon moment. Le système est centré davantage sur les soignants, sur les établissements et sur les structures que sur les malades. Le système n'est pas bien configuré, dit-elle, il faut recentrer le système sur le patient pour gagner en efficacité et en qualité. Cela ne coûtera pas nécessairement plus cher, ajoute-t-elle. « Il faut mieux travailler pour atteindre nos vrais buts qui comprennent la prévention, la prestation de soins de santé à tous et l'instauration d'un système robuste et construit à partir de la base, c'est-à-dire nos malades. »

Intervention d'un panéliste, M. Danis Prud'homme, directeur général du Réseau FADOQ

Le Réseau FADOQ compte 265 000 membres et a pour mission de représenter les intérêts des personnes âgées de 50 ans et plus. Ses membres sont parmi les rares qui ont vécu sous le système privé et ils sont donc capables de faire la différence entre la situation antérieure et le système universel. M. Prud'homme présente les résultats d'un sondage auprès de ses membres indiquant que 88 % sont satisfaits du système de santé et que 62 % seulement considèrent que les soins sont acceptables surtout en ce qui concerne l'accès. Une fois dans le système, les soins sont bien, c'est l'accès qui est le problème, dit-il. « Au niveau du

fonctionnement, le système en prend un coup sur le plan de la réputation et de l'efficacité ! » Par exemple, il reste beaucoup à faire sur la question du dossier électronique du patient et de l'imputabilité du système. Il ajoute que les gens souhaitent être impliqués davantage dans leurs soins, veulent être mieux écoutés et connaître les choix pour l'ensemble des interventions proposées. Toujours selon le sondage, ses membres indiquent qu'ils aimeraient que les pharmaciens soient plus impliqués pour modifier légèrement une ordonnance ce qui empêcherait des visites chez le médecin. Ils aimeraient que les infirmières s'engagent à effectuer des gestes médicaux et puissent montrer aux patients comment faire.

M. Prudhomme maintient que « les soins à domiciles sont les parents pauvres du système de santé ». Deux pour cent de l'enveloppe du ministère de la Santé du Québec est dédié aux soins à domicile, affirme M. Prud'homme. Ces soins ne sont pas offerts équitablement sur l'ensemble du territoire. Les soins palliatifs sont pointés du doigt. Les gens redoutent l'isolement en fin de vie parce qu'il y a un manque criant de ressources. Les aînés reconnaissent les progrès qu'il y a eu du côté médical, mais les ressources physiques et légales ont besoin d'être mises au point.

Intervention d'un panéliste, M^e Paul G. Brunet, président du Conseil pour la protection des malades

M^e Brunet cite d'abord l'article 5 de la *Loi sur la santé* au Québec : « Toute personne a droit de recevoir des services de santé et services sociaux adéquats sur le plan scientifique, humain et social — de façon sécuritaire, avec continuité et de façon personnalisée. » Il a l'impression que l'article n'est pas respecté surtout lorsqu'on regarde les services qu'obtiennent les citoyens en contrepartie des impôts payés. Mais une fois dans le système, les gens sont bien traités, affirme-t-il, particulièrement en ce qui a trait aux soins de courte durée. Il dit que les soins post-hospitaliers sont déficients et ne sont pas effectués avec coordination et respect de la personne. Il existe une confusion sur ce qui est couvert et ce qui ne l'est pas sur le plan des services de santé publics et privés. M^e Brunet s'insurge contre les médecins qui travaillent dans les systèmes public et privé, car cela pose un sérieux conflit d'intérêt, dit-il. « Devrions-nous en appeler au respect de leur code de déontologie ? » se demande-t-il. Il cite l'exemple de médecins qui proposent à leurs patients de les opérer rapidement dans leur clinique privée — moyennant un paiement de quelques milliers de dollars — plutôt que d'attendre des années dans le système public. Il ajoute qu'en situation de

pénurie, on ne peut se permettre d'avoir des médecins qui traversent des deux côtés (public et privé) et que ces derniers s'exposent à de sérieuses situations de conflits d'intérêt.

Il note les intérêts « corporatistes » qui prévalent dans la gestion du système de santé : l'intérêt des groupes professionnels prime avant la raison d'être du réseau de la santé, souligne-t-il. Il tient à rappeler à tous (du médecin jusqu'au balayeur) qu'ils ne sont qu'un moyen pour soigner les patients et non une fin en soi.

Les problèmes des soins de longue durée sont nombreux, note-t-il : trouver une place, être traité avec dignité, recevoir des services, des soins et des repas de qualité, dans un milieu respectueux. « On n'est pas des citoyens de deuxième classe parce qu'on est en centre d'hébergement. » Il note que les patients ne veulent pas porter plainte de peur de faire l'objet de représailles.

Il conclut sur la question du droit de mourir dignement : « Personne ne devrait mourir sans avoir décidé comment ça va se passer (en tenant compte des considérations cliniques). »

Questions de l'AMC

Il est important pour les citoyens de savoir que le système de santé leur donne une bonne valeur pour leur argent. Qu'est-ce qui constituerait selon vous une bonne valeur ?

Le D^r Audet-Lapointe avance que le problème se situe au niveau de la gestion du système et non des ressources financières disponibles. À titre d'exemple, il indique que 80 % des gens qui ont le cancer veulent mourir à la maison mais que seulement 10 % meurent à domicile. Beaucoup de ces patients occupent des lits d'hôpitaux dédiés aux soins aigus alors qu'ils pourraient être traités ailleurs. Il faudrait transférer des ressources financières pour les soins palliatifs ce qui aurait comme résultat de désengorger les urgences.

Selon M^e Brunet, l'assurance hospitalisation ne répond pas aux promesses énoncées lors de sa création — les impôts sont toujours à la hausse et les soins ne sont pas adéquats. « Je voudrais dire, avec respect, qu'on est en train de se faire avoir parce qu'en plus de continuer à payer ce qu'on s'est fait promettre au début, il faut en rajouter encore pour continuer à recevoir des soins qu'une loi des années 1990 nous a promis. »

M. Prudhomme reconnaît d'emblée le dévouement des professionnels du milieu de la santé. Toutefois, il insiste sur la création d'indicateurs de rendement, de productivité et de satisfaction. Plus d'argent dans le système n'amènerait pas nécessairement du changement : la gestion du système doit plutôt devenir responsable et transparente.

Réponse de l'auditoire

La première participante à prendre la parole perçoit que le système de santé consacre plus de temps à la bureaucratie qu'à donner des soins aux patients. Elle ajoute par ailleurs que le système n'investit pas assez dans la prévention, qui, à long terme, peut représenter des économies.

En réponse à la question de l'animateur à savoir s'il y a eu un moment clé dans l'histoire de la province où tout a chaviré, le D^r Audet-Lapointe répond que la Révolution tranquille au Québec a eut des effets néfastes sur la capacité de prise de décision dans le système de santé. « On a installé des bureaucraties lourdes. On a créé une classe de gestionnaires qui sont des fonctionnaires et ne veulent pas changer leur façon de travailler et à qui il est très difficile de communiquer des idées surtout en ce qui a trait à la participation des malades. Le système de santé n'est pas ouvert à la participation des malades parce qu'ils posent des questions et empêchent de tourner en rond. »

M^e Brunet rappelle qu'en 1988, le D^r Rochon, durant sa commission d'enquête, affirmait que le système public était pris en otage par les corporations professionnelles. À titre d'exemple, il s'indigne contre le fait que les organisations professionnelles de médecins refusent d'acquiescer à la demande des pharmaciens de prolonger ou d'adapter des ordonnances. Cela pourrait économiser plusieurs heures de travail pour les médecins, heures qu'ils et elles pourraient consacrer à soigner plus de patients.

Le D^r Audet-Lapointe répond que le statut du médecin dans un hôpital en est un de travailleur autonome qui jouit d'un certain pouvoir qui toutefois est très partagé par les syndicats. Le « corporatisme » est palpable dans l'ensemble des professions qui œuvrent dans le système. « Nous avons l'impression que le patient n'est plus au centre du système de santé. »

Une participante déclare que la population n'en a pas pour son argent. Ayant elle-même travaillé dans le milieu de la santé, elle constate que les intervenants du milieu sont les derniers à être consultés lorsque vient le temps d'effectuer des réformes. Les soignants devraient décider des priorités du système, déclare-t-elle.

Un participant renchérit en citant deux exemples. Le premier concerne les longues heures d'attente à l'urgence et le second l'offre d'un médecin de l'opérer dans des courts délais dans sa clinique privée ou dans une année à son hôpital. « Est-ce normal que je paye 2 000 \$ pour me faire opérer demain matin ? Faut avoir l'argent pour le faire », conclut-il.



Les patients et leurs familles jouent un rôle important dans leurs soins de santé. Selon vous, quelle est la responsabilité des Canadiens, maintenant et à l'avenir, en ce qui concerne leur santé ?

M. Prud'homme affirme que ses membres ont clairement indiqué dans un récent sondage qu'ils comprennent l'importance de demeurer actifs et de maintenir de bonnes habitudes de vie et qu'ils prennent les mesures pour le faire. Il se préoccupe davantage du sort des jeunes qui sont en général en moins bonne forme. Il insiste pour démystifier la conception que les aînés représentent un fardeau financier sur le système.

Réponse de l'auditoire

Une participante donne l'exemple d'un programme de promotion de la santé en Montérégie. Il est important que les personnes prennent soin d'elles-mêmes mais encore faut-il qu'elles aient de l'information pour les aider, dit-elle.

Une autre participante indique qu'effectivement les gens ont une responsabilité individuelle envers leur santé. Elle critique par contre l'engorgement des urgences et la façon dont l'argent est dépensé — pour l'aménagement de bureaux pour des gestionnaires plutôt que pour les soins aux malades. Elle se demande également si le gouvernement surveille adéquatement le contenu des médicaments.

La D^{re} Vander Stelt lance un appel aux participants : « Si les Canadiens ne se lèvent pas pour demander un système de santé plus performant, redevable et efficace, vous n'en n'aurez pas. » Elle ajoute que c'est l'un des buts de l'AMC, de transformer le système, mais la population doit également l'exiger.

M. Brunet renchérit en indiquant que les patients n'ont pas eu le poids nécessaire ni l'autorité politique pour contribuer au changement. Les ministres de la Santé au Québec ont de bonnes intentions, mais peu de pouvoir pour effectuer de

grands changements. Il rajoute d'autre part que, s'il est vrai que le patient est responsable de sa santé, pourquoi doit-il se battre pour accéder à son dossier médical ? Ce dossier devrait appartenir au patient, dit-il.

Il lance un message sur la valeur de soigner les patients et sur l'importance des visites aux patients en soins de longue durée pour prévenir la négligence et l'abus.

Le D^r Audet-Lapointe ajoute qu'en plus de la responsabilité individuelle, la société elle-même doit assumer sa part et manifester son mécontentement. Il se désole que des gens soient prêts à manifester pour une partie de hockey ou un amphithéâtre mais pas pour les soins de santé. « Je ne comprends pas que les gens ne se révoltent pas ! »

La loi qui sous-tend notre système — la Loi canadienne sur la santé — date des années 1980. Elle couvre seulement les soins médicaux et hospitaliers. Pensez-vous qu'il faudrait étendre la couverture à des éléments comme l'assurance-médicaments et les soins de longue durée ?

Le D^r Audet-Lapointe maintient que la *Loi canadienne sur la santé* ne répond pas à la nouvelle réalité, mais il lui apparaît impossible que la Loi couvre tout pour tous. « On ne peut pas continuer à avoir un bar ouvert où certains prennent de l'eau Perrier et d'autres un 40 onces de scotch. » Les gens doivent être consultés et décideront ce qu'ils veulent en termes de couverture.

Réponse de l'auditoire

Une participante affirme que la *Loi canadienne sur la santé* doit être modernisée. Elle ajoute qu'il y aurait lieu d'explorer des solutions de rechange aux soins privés pour améliorer l'accès et éviter de se retrouver dans des soins de longue durée. « Des gens qui attendent des mois avant une opération, je trouve ça épouvantable, notre santé c'est notre bien le plus précieux. »

Une autre participante indique qu'en plus d'un meilleur accès aux médicaments et aux soins de longue durée, la Loi devrait également contenir des dispositions pour la recherche scientifique. Elle cite en exemple l'hypertension — l'une des causes de dépenses les plus grandes du système mais où très peu d'argent est consacré à la recherche.

Une membre de l'auditoire raconte son expérience d'aidante naturelle et déplore le fait qu'elle n'ait pas obtenu d'aide pour aider sa mère à vivre ses derniers jours chez elle. Elle indique que si elle avait eu de l'aide, sa mère serait sans doute décédée chez elle plutôt qu'à l'hôpital et cela n'aurait pas entraîné de dépenses au système.

M. Prud'homme exprime son désir d'inclure des éléments dans la Loi qui favoriseraient le vieillissement des personnes dans leur communauté pour s'assurer que les personnes âgées soient moins vulnérables et soumis aux aléas budgétaires. « Il faut renforcer les services de soins intégrés, dispenser des soins à domiciles plus efficaces et assurer un accès aux médicaments sans égard au revenu. »

Il ajoute que les provinces et le fédéral devraient se rappeler que le patient est au centre du système et que les querelles sur les transferts de paiements entre les paliers gouvernementaux nuisent aux patients. Les échelles du programme de supplément garanti doivent être revues. La récente contribution santé exigée par le gouvernement du Québec n'est pas équitable, dit-il. « Si on arrête de se chicaner et que l'on remet le pouvoir entre les mains du patient, nous aurons un système plus viable. »

Un participant donne l'exemple d'une compagnie pharmaceutique qui lui a offert de lui administrer un médicament très onéreux à son domicile. Il déduit que l'on peut faire pression auprès d'autres corporations pour qu'elles soient davantage à l'écoute du patient.

La D^{re} Vander Stelt raconte l'expérience d'un centre de santé à Cleveland où les patients peuvent prendre des rendez-vous avec leur médecin par Internet et où ils ont accès à leurs résultats. Elle indique que les médecins ne sont pas formés pour gérer une entreprise et que, vice-versa, les administrateurs ne connaissent pas la réalité médicale. Il faut une meilleure formation de part et d'autre dit-elle.

La D^{re} Ruth Vander-Stelt conclut la rencontre par un appel émouvant aux utilisateurs, leur demandant de s'impliquer, de faire connaître leurs préoccupations à leurs élus et d'encourager les membres de leur famille et leurs amis à faire leur part pour repenser le système de santé du Canada en visitant le site www.transformationsante.ca. « Les utilisateurs de ce système, c'est vous. Si vous voulez vraiment que le système réponde à vos attentes, vous devez vous faire entendre. »

Conclusion et sommaire

L'animateur résume la discussion en rappelant les grands thèmes qui en sont ressortis : le manque d'argent n'est pas l'enjeu, il existe une certaine résistance corporatiste face à l'efficacité, la population reconnaît l'importance de bonnes habitudes de vie. Il faut privilégier la recherche. Les problèmes du système ont un impact réel sur les aidants naturels. Les options dédiées aux soins de longue durée et de fin de vie gagneraient à être explorées.

Assemblée de Vancouver, le 27 avril 2011

Présences : 150

Mots d'introduction

Animateur : Ken MacQueen

Chef du bureau de Vancouver de *Maclean's*

« Lorsque nous avons lancé ces assemblées publiques locales à la fin de janvier, il était clair que la réforme de la santé constituait un enjeu qui préoccupait le public », déclare M. McQueen après avoir souhaité la bienvenue à l'assemblée. « Cet enjeu semblait toutefois attirer peu d'attention chez nos dirigeants politiques, jusqu'aux derniers jours de la campagne électorale fédérale où il est alors devenu une priorité politique. Tous les partis affirment maintenant qu'il faut sauver le système de santé d'une façon ou d'une autre. »

D^r Jeff Turnbull

Président, Association médicale canadienne

Le D^r Turnbull souligne une fois de plus que la présente assemblée publique locale et toutes les autres visent à entendre le point de vue particulier des Canadiens sur l'avenir de leur santé et du système de santé. Il aborde le grand thème de la viabilité du système et affirme que ce n'est pas seulement une question d'argent : il faut plutôt donner un « accès universel à des soins de grande qualité axés sur les patients, prodigués d'une façon rentable et en temps opportun dans tout le continuum de la santé. »

Panéliste : Kelly McQuillen

Directrice de Patients en tant que partenaires, Direction générale des soins de santé primaires, ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique

M^{me} McQuillen affirme que la Colombie-Britannique est « certainement » reconnue comme une administration qui offre un des meilleurs systèmes de santé au Canada, mais il faut veiller à ce que l'on continue de l'améliorer. Le virage vers un système communautaire de soins concertés prodigués par une équipe de professionnels de la santé constitue une de ces innovations. Elle ajoute que l'on insiste aussi pour faire participer les patients et les membres de leur famille aux décisions prises concernant leur santé. Ce qu'il y a de particulier à la Colombie-Britannique, dit-elle, c'est qu'on

essaie de tenir compte de « l'expérience des soins » vécue par les patients.

Panéliste : D^r Ian Gillespie

Président, Association médicale de la Colombie-Britannique

Le D^r Gillespie déclare que 45 % des recettes fiscales servent à financer les soins de santé en Colombie-Britannique. La réforme du système ne peut donc viser simplement à y injecter davantage d'argent. Le vieillissement des effectifs médicaux de la province, où 46 % des médecins ont plus de 55 ans, pose un autre défi. Pendant que le nombre des étudiants inscrits aux facultés de médecine augmente pour combler le vide que laisseront ceux qui partiront bientôt à la retraite, dit-il, le défi consiste à trouver suffisamment de formateurs cliniciens pour instruire ces étudiants. Du côté positif de l'équation, le D^r Gillespie signale le travail effectué par le Comité des services de médecine générale pour réduire les dépenses, fournir de meilleurs soins et donner aux médecins plus de satisfaction dans le cadre de l'entente en vigueur conclue entre l'AMCB et le gouvernement provincial.

Panéliste : Michelle Degroot

VP, Politique de la santé et Représentation, Conseil de santé des Premières nations

Les peuples des Premières nations font partie d'un système de santé très compliqué, déclare M^{me} Degroot, qui met à contribution les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que les administrations des Premières nations. Elle affirme que le système est complexe et a évolué « autour de nous et non pas avec nous. Nous n'avons pas eu grand-chose à dire au sujet de nos systèmes de santé ni dans l'élaboration des politiques et des programmes qui ont des répercussions sur notre vie ».

M^{me} Degroot signale que les membres des Premières nations présentent l'état de santé le plus médiocre parmi tous les groupes de la province et signale plus précisément les taux élevés de cas de diabète et de suicide. « Pour nous, ce n'est pas une question de maladie : c'est une question de bien-être et nous voulons être bien. » Elle signale la création actuelle d'une organisation de l'état de santé des Premières nations qui

visera à donner aux peuples des Premières nations plus de contrôle à l'échelon local.

Questions de l'AMC

Il est important pour les citoyens de savoir que le système de santé leur donne une bonne valeur pour leur argent. Qu'est-ce qui constituerait selon vous une bonne valeur ?

Le D^r Gillespie déclare qu'une bonne valeur s'entend d'une formule de comparaison du coût des soins de santé par rapport aux ressources disponibles et qu'il y a « un bras-de-fer » entre les deux éléments de la formule parce que les gouvernements veulent équilibrer leurs budgets, mais que les médecins veulent que les patients aient accès aux soins en temps opportun.

Il déclare que les Canadiens recherchent vraiment une bonne valeur dans les soins de santé en ayant un système qui prodigue des soins opportuns, efficaces, compatissants et intégrés. Lorsqu'il est question de planification, dit-il, la collaboration initiale donne des résultats, déclare le D^r Gillespie.

M^{me} McQuillen dit que beaucoup de patients ont affirmé à son service qu'une bonne valeur signifie recevoir le traitement adéquat rapidement et au bon endroit. Les gens recherchent la continuité dans leurs soins et des soins basés sur des liens relationnels, dit-elle. Ils veulent aussi leur indépendance et pouvoir gérer leurs propres soins plus près de chez eux.

M^{me} Degroot déclare que l'on pourrait ajouter davantage de valeur au système en mettant l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies plutôt que sur les dépenses basées sur le traitement de la maladie. Elle ajoute que beaucoup de collectivités des Premières nations cherchent à établir des modèles de soins axés sur la condition physique, la nutrition et les pratiques spirituelles.

Réaction de l'auditoire

Le premier membre de l'auditoire à prendre la parole déclare que l'accès constitue le problème flagrant auquel fait face le système et que l'Association médicale canadienne devrait faire plus pour assurer qu'il y a davantage de diplômés de facultés de médecine étrangères (DFME) qui sont autorisés à pratiquer au Canada et pour permettre aux médecins retraités de réintégrer le système afin d'aider à traiter les millions de personnes qui n'ont pas de médecin de famille ou qui attendent pour recevoir des services.

Le D^r Turnbull répond en reconnaissant que « l'accès constitue un des enjeux clés auxquels nous faisons face



aujourd'hui ». Outre l'accès donné aux services de soins primaires à chacun, le D^r Turnbull déclare qu'il y a aussi des problèmes d'accès particuliers pour les Premières nations, les pauvres et les membres d'autres groupes désavantagés. Il reconnaît que les DFME doivent faire partie du système et que l'AMC préconise qu'on veille à ce qu'ils aient la surveillance nécessaire pour obtenir la formation dont ils ont besoin.

Un autre membre de l'auditoire soulève la question des soins de longue durée dont les personnes âgées ont besoin et signale qu'on n'a pas construit de nouveaux établissements de soins de longue durée au cours de la dernière décennie. Il s'ensuit que des personnes âgées occupent des lits d'hôpitaux alors qu'elles devraient être traitées dans des établissements de soins de longue durée. Elle ajoute que les personnes qui travaillent dans les établissements existants sont surchargées et sous-payées.

Un membre de l'auditoire affirme craindre que la profession médicale en Colombie-Britannique et ailleurs refuse aux patients l'accès aux services des chiropraticiens et des massothérapeutes en lançant une campagne à cet effet. Il signale aussi combien il est difficile d'avoir de la collaboration étant donné que le panel ne compte aucun praticien des soins de santé parallèles.

Un intervenant félicite le gouvernement provincial d'avoir lancé le réseau d'écoute des patients. L'existence de couloirs de soins dans le système actuel au lieu de programmes unificateurs dans des domaines comme les maladies chroniques le préoccupe. Il parle de la nécessité de mettre l'accent sur l'autothérapie.

Une infirmière communautaire insiste sur l'importance pour les infirmières de fournir une bonne valeur dans le système de soins de santé. Elle parle de la sous-utilisation des infirmières praticiennes et du fait que les patients doivent payer davantage pour obtenir une liste réduite de services communautaires. Elle critique particulièrement les compres-

sions imposées aux programmes sur les bébés en santé et leur capacité de déterminer rapidement l'existence de problèmes qui peuvent avoir des répercussions sur la mère et l'enfant, comme la dépression postnatale.

« J'ai un peu de vécu personnel de la valeur des services de soins communautaires. Mon plus jeune fils — qui a maintenant six ans — est né par césarienne. Après deux jours à l'hôpital, il est rentré à la maison et le même jour, l'infirmière en soins communautaires est venue lui rendre visite et a constaté qu'il avait une fréquence cardiaque de 200. Sans cette visite, la première fois où nous aurions su qu'il avait un problème, aurait été lorsqu'il aurait été victime d'insuffisance cardiaque. »

— D^r Ian Gillespie

Les patients et leurs familles jouent un rôle important dans leurs soins de santé. Selon vous, quelle est la responsabilité des Canadiens, maintenant et à l'avenir, en ce qui concerne leur santé?

M^{me} Degroot déclare que dans les Premières nations, les gens pensent à la santé non seulement comme personnes, mais comme membres d'une famille et d'une communauté. C'est pourquoi les déterminants sociaux de la santé sont très importants, affirme-t-elle, particulièrement dans les communautés où, par exemple, il peut être difficile de manger santé parce qu'un sac de croustilles coûte moins cher qu'un petit sac de carottes. Dans beaucoup de communautés des Premières nations, dit-elle, il se peut que l'accès aux services de santé ne soit pas une option et même lorsqu'il existe des services de santé, les gens peuvent hésiter à y avoir accès parce qu'ils ont déjà vécu des expériences antérieures négatives. Pour désigner l'hôpital, par exemple, elle indique que les Premières nations utilisent l'expression « conteneur de maladies ».

Réaction de l'auditoire

Heather Chapman, représentante du site web www.thepatientfactor.com, déclare qu'il est temps de reconnaître que les gouvernements ne peuvent pas toujours répondre à tous les besoins de tous les Canadiens dans le domaine des soins de santé. Elle déclare qu'il faut un nouveau système qui laisse les patients et les médecins plutôt que les fonctionnaires et les politiciens prendre les décisions sur les soins de

santé. Elle ajoute que ce système devrait permettre aux patients de dépenser leur propre argent pour leurs propres soins de santé au Canada s'ils le décident.

Le vice-président de l'Association des médecins formés à l'étranger de la Colombie-Britannique soulève une fois de plus la question d'aider les DFME et demande ce que l'Association peut faire à ce sujet. Le D^r Gillespie signale que c'est le Collège des médecins et chirurgiens de la C.-B et non l'AMCB qui doit se pencher sur la question du permis d'exercice. Il affirme que même si l'on attache de la valeur au rôle des DFME, le simple fait d'augmenter les effectifs médicaux dans le système ne règlera pas tous les problèmes.

La D^{re} Yolanda Cutanda-Dela Cruz déclare qu'il faut modifier les soins de santé pour répondre aux besoins de l'utilisateur. Elle fait allusion à un incident survenu à un hôpital de la C.-B., au cours duquel des patients qui attendaient des soins à l'urgence ont été traités au comptoir Tim Horton's de l'hôpital. « Nous ne voulons pas l'oublier », dit-elle.

« L'avenir de mes petits-enfants et de tous les autres me préoccupe désespérément », déclare un autre membre de l'auditoire, qui concentre son intervention sur les préoccupations environnementales en exhortant les médecins à s'informer de ces questions et à prendre la parole dans leur communauté à ce sujet. Le D^r Gillespie déclare que les divisions de médecine familiale de l'AMCB collaborent de plus près avec beaucoup de communautés de la C.-B. pour harmoniser les services aux besoins communautaires.

M^{me} McQuillen reprend le thème des soins communautaires et déclare que les patients, les membres de leur famille et les communautés ne sont pas simplement les bénéficiaires des services de santé : ils sont aussi les coproducteurs de la santé et doivent être présents à la table.

Le D^r Turnbull déclare que la discussion démontre qu'il faut s'appuyer sur le bon secteur des soins actifs qui existe dans un autre système pour maintenir un modèle de traitement des maladies chroniques axé sur les patients et basé sur les soins à domicile. Il ajoute que cette nouvelle réalité doit se refléter dans l'Accord sur la santé qui sera signé en 2014.

La loi qui sous-tend notre système — la Loi canadienne sur la santé — date des années 1980. Elle couvre seulement les soins médicaux et hospitaliers. Pensez-vous qu'il faudrait étendre la couverture à des éléments comme l'assurance-médicaments et les soins de longue durée ?

M^{me} McQuillen déclare que la réponse à cette question « réside

dans le dialogue avec le public en tant que gestionnaire du système de santé ». Elle déclare que le public doit se faire entendre sur la façon de dépenser l'argent des impôts.

Réaction de l'auditoire

Un médecin de famille déclare que la collaboration entre les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé et l'intégration dans tout le continuum des soins constituent des « éléments vraiment, vraiment importants » de la valeur en soins de santé. Il ajoute toutefois que les médecins ont toujours tendance à être organisés en petites entreprises, ce qui décourage la collaboration et l'intégration. Le D^r Gillespie admet que cette évaluation est vraie et déclare que la profession médicale devra changer d'attitude afin de travailler en équipes interdisciplinaires.

Une étudiante en médecine parle de la valeur des équipes multidisciplinaires et louange le système de santé de Cuba qui met l'accent sur la prévention en santé et les soins primaires en collaboration. Elle déclare que cette convergence des efforts sur les déterminants sociaux de la santé finira par réduire les dépenses et ajoute que le système d'éducation médicale au Canada met l'accent sur la pathophysiologie au lieu de se concentrer d'abord sur les mesures préventives. Le D^r DeGroot appuie cette approche. « Nous (membres des Premières nations) en avons assez d'entendre dire que nous sommes malades et nous voulons qu'on nous dise comment être bien », dit-elle.

Rachel Tutte, physiothérapeute, préconise l'expansion des champs d'application de la *Loi canadienne sur la santé* afin d'y inclure les services de réadaptation aux soins communautaires et aux soins à domicile. À l'hôpital de réadaptation pour patients âgés où elle travaille, dit-elle, les pressions exercées visent à faire sortir plus rapidement les patients de l'hôpital. Il n'y a toutefois pas dans la communauté de système de réadaptation pour fournir les soins dont ces patients continuent d'avoir besoin. Elle ajoute que les principes qui sous-tendent la *Loi canadienne sur la santé*, comme l'universalité et le financement par le secteur public, devraient aussi s'appliquer à tout nouveau domaine couvert par la loi.

Un membre de l'auditoire déclare qu'il incombe aux patients et aux membres de leur famille d'exiger que la *Loi canadienne sur la santé* soit maintenue et étendue à de nombreux autres services comme l'assurance-médicaments, les soins à domicile et les médecines complémentaires. Elle ajoute que l'on refuse aux gens l'accès aux soins actifs parce que des patients âgés occupent des lits d'hôpitaux au lieu d'être traités de façon plus appropriée dans la communauté.

« Ma mère est en soin depuis 18 mois maintenant parce qu'elle n'a pu obtenir les services de réadaptation dont elle avait besoin », ajoute un autre membre de l'auditoire en signalant que si les services avaient pu être prolongés au-delà des six à huit semaines présentement autorisées, le problème ne se serait peut-être pas posé.

Le D^r Turnbull répond en disant que le défi posé par l'amélioration des services de soins à domicile et de soins communautaires n'a rien à voir avec le coût. Il déclare que son propre hôpital a un taux d'occupation de 104 % et que 144 patients attendent une place en soins de longue durée, ce qui coûte 150 000 \$ par jour en soins qui ne sont pas aussi bons que ce qu'ils pourraient obtenir à domicile. « Je ne pense pas que ce soit une question d'argent. C'est une question de bâtir des ponts entre les couloirs, de redistribuer des fonds, d'abattre les obstacles, de faire preuve de leadership et de courage. »

Quel est le défi le plus important qui se pose au système de santé en Colombie-Britannique ?

Le D^r Gillespie déclare que l'accès aux soins en temps opportun fait certainement partie du défi auquel fait face la C.-B., comme le démontre « l'incident Tim Horton's » mentionné plus tôt au cours de la réunion. Il ajoute qu'une meilleure intégration des services et la participation plus généralisée des patients constituent un autre enjeu important. « Trop souvent, c'est le patient qu'on entend en dernier. Il doit faire partie du processus de planification stratégique plutôt qu'après coup ».

M^{me} Degroot indique que les couloirs à l'intérieur du système constituent un défi majeur pour les membres des Premières nations. Des patients « se perdent dans le système » et ne réussissent pas à avoir accès aux soins dont ils ont besoin, dit-elle.

M^{me} McQuillen déclare que le système provincial a de nombreux défis à relever, y compris le nombre croissant de personnes qui vivent avec une maladie chronique, les personnes âgées frêles et celles qui ont des problèmes de santé mentale ou une toxicomanie. Elle réitère le défi qui consiste à faire entendre le patient dans le système. « Un des grands défis consiste à rappeler aux dirigeants ce dont nous avons besoin. Nous avons besoin de votre voix pour aider à modifier le système et il faudra vous faire entendre haut et clair », dit-elle.

Réaction de l'auditoire

Un membre de l'auditoire considère que les pénuries de services de conseil en dépression et les services de soins dentaires

financés par le secteur public constituent des lacunes majeures du système.

Une autre participante signale qu'en plus du système même, d'autres variables contribuent à la santé. Elle demande que la *Loi canadienne sur la santé* couvre l'assurance-médicaments ainsi que les services communautaires de soins de santé mentale.

Un autre intervenant considère que les goulots d'étranglement dans le système constituent le principal défi à relever pour celui-ci, surtout en ce qui a trait aux soins hospitaliers et à la prise en charge des maladies chroniques. Le même intervenant parle aussi de l'expérience qu'il a acquise en travaillant avec les dossiers médicaux électroniques en Alberta et de la capacité des DME de donner aux patients davantage de contrôle avec le médecin pour prendre en charge leur propre maladie chronique.

Sous un tonnerre d'applaudissements, une représentante du Conseil des Canadiens déclare qu'il faut cesser de miner le système public de soins de santé en faveur des soins privés. Elle affirme qu'il faut étendre le champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé* et faire respecter la loi. Elle mentionne en particulier l'assurance-médicaments et le besoin d'un programme national.

Une infirmière qui s'occupe des nouveau-nés parle de la capacité d'éviter les réhospitalisations en assurant un suivi approprié de ces bébés. Elle parle ensuite comme défenseuse des soins de santé financés par le secteur public.

Une femme dont le mari a un cancer de la prostate au stade avancé déclare que la chose la plus importante à faire, c'est de « fermer la porte aux soins de santé privés à but lucratif ». Elle déclare que les soins offerts par le système public sont excellents et que pour leur part, ils ont reçu les instructions nécessaires pour se retrouver dans le système. Elle préconise aussi d'ajouter l'assurance-médicaments à la *Loi canadienne sur la santé*.

De quelles grandes questions les politiciens devraient-ils débattre au cours des élections fédérales ?

Le D^r Randall White, psychiatre de Vancouver, parle de la difficulté de trouver un logement approprié pour ses patients ce qui explique la difficulté de leur donner congé de l'hôpital. Il préconise aussi davantage de services de santé mentale et de soins communautaires qui n'existent pas actuellement. Le D^r White demande au gouvernement fédéral de laisser tomber sa contestation judiciaire du centre d'injection sécuritaire Insite de l'est de Vancouver.

Le D^r Gillespie signale que l'accord sur les soins de santé

au Canada stigmatise les maladies mentales en payant seulement la moitié des frais comparativement aux autres services de soins de santé nécessaires. Il compare les soins de santé et la toxicomanie au « canari dans la mine », qui mesure la santé du système. Il déclare que la responsabilité du financement adéquat des services de soins de santé mentale incombe clairement au gouvernement fédéral.

Janice Buchanan, vice-présidente de la BC Nurses Union, parle aussi en faveur du centre Insite en signalant qu'il sauve des vies et qu'il faudrait l'étendre d'un bout à l'autre du Canada. Le D^r Turnbull indique que l'AMC a statué d'intervenir dans l'affaire dont la Cour suprême du Canada est actuellement saisie et qu'elle s'y prononcera en faveur de la clinique.

Une autre intervenante déclare que le maintien de la *Loi canadienne sur la santé* et son expansion dans une direction publique sans but lucratif constituent l'enjeu le plus important que les politiciens devraient aborder. Elle ajoute que les cliniques privées à but lucratif défient la loi d'un bout à l'autre du Canada. Le D^r Gillespie affirme que l'AMCB est intéressée à gérer les listes d'attente d'une meilleure façon pour les patients sans se concentrer sur l'enjeu public-privé.

Une femme médecin parle de la « crise artificielle » de la viabilité du système de santé et déclare qu'elle souhaiterait qu'il y ait plus d'occasions pour les médecins de premier recours de fournir des soins de façons novatrices plutôt que dans le cadre d'autres modes de rémunération.

Résumé et conclusion

« J'ai entendu des échanges fantastiques », déclare le D^r Turnbull en résumant ce qu'il a entendu. Il dresse la liste des thèmes suivants dégagés de la réunion :

- L'appui aux services de soins primaires dans la communauté par de nouveaux modèles intégrés de soins en équipe.
- La primauté du patient et de son pouvoir décisionnel, et la nécessité de l'entendre.
- Les enjeux reliés aux déterminants sociaux de la santé, en particulier l'environnement et le virage vers un modèle du mieux-être — et non seulement les services de promotion de la santé.
- L'appui en faveur d'un système de santé public solide où les politiciens élus doivent être les intendants de la *Loi canadienne sur la santé*.
- La nécessité d'instaurer l'innovation dans le système.
- La nécessité pour chacun d'être responsable du système de santé.

Assemblée d'Ottawa, le 7 juin 2011

Présences : 200

Mots d'ouverture

Animateur : Ken MacQueen

Chef du bureau de Vancouver de *Maclean's*

M. MacQueen souhaite la bienvenue à l'auditoire au « magnifique Musée des beaux-arts du Canada » où se tient cette cinquième et dernière assemblée publique locale organisée conjointement par l'AMC et *Maclean's*. Il déclare que les consultations ont démontré que le système de santé constitue à la fois une source de fierté nationale et de préoccupation. Jusqu'à maintenant, peu de personnes se sont opposées à l'affirmation selon laquelle « il est possible de faire beaucoup de choses pour améliorer et développer le système de santé tout en le gardant viable ».

D^r Jeff Turnbull

Président, Association médicale canadienne

Présenté par M. MacQueen comme la « force motrice » à l'origine de l'initiative lancée par l'AMC pour faire participer le public à une discussion sur les soins de santé, le D^r Turnbull insiste sur le fait que les assemblées publiques locales visent à entendre le « point de vue particulier » du public sur la question. Il déclare que la discussion est axée sur trois grandes questions pour nous aider à déterminer « à quoi ressembleront les soins de santé à l'avenir ».

« La viabilité pour nous, c'est l'accès à des soins de santé universels qui sont centrés sur les patients et fournis d'une façon rentable et en temps opportun dans tout le continuum. »

Panéliste : Nadine Henningsen

Directrice générale, Association canadienne de soins et services à domicile, Présidente, Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels

M^{me} Henningsen déclare qu'à titre de représentante du secteur des soins à domicile et des soins communautaires, elle veut présenter trois concepts qui pourraient avoir un effet énorme sur l'avenir du système de santé :

1) Il faut délaisser un modèle de soins de santé épisodique et réactif, basé sur les soins actifs, en faveur d'une approche proactive à long terme des soins chroniques. Elle affirme



que l'établissement d'un solide partenariat entre le secteur des soins à domicile et celui des soins primaires appuierait ce virage.

- 2) Il faut exploiter les possibilités qu'offre la technologie pour améliorer les soins de santé — qu'il s'agisse de santé mobile, électronique ou de télésanté. Elle affirme qu'il a été démontré que la technologie peut améliorer la qualité des soins et réduire les frais administratifs.
- 3) Il faut adopter une stratégie nationale sur les aidants naturels afin d'appuyer le rôle vital qu'ils jouent. Ces aidants devraient pouvoir jouer ce rôle sans en subir négativement des répercussions financières ou des effets sur la santé.

Panéliste : Irwin Elman

Intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes

M. Elman parle du lien entre l'identité des Canadiens et le système de santé, ainsi que du fait que l'on s'attend à ce que les services de santé soient disponibles pour tous lorsque nous en avons besoin. Il signale qu'il est possible de modifier le système de santé sans laisser tomber les valeurs que les Canadiens chérissent.

Panéliste : Scott Dudgeon

Membre fondateur, Organismes caritatifs neurologiques du Canada

M. Dudgeon décrit comment son organisme joue un rôle de chef de file en mobilisant les gouvernements pour améliorer la santé du cerveau et mieux comprendre les maladies s'y rattachant et les problèmes neurologiques.

Il reprend l'appel lancé par M^{me} Henningsen en faveur d'une stratégie sur les aidants naturels pour aider à appuyer ceux qui s'occupent de personnes victimes d'un traumatisme au cerveau ou atteintes d'une maladie neurologique. Il parle aussi d'un système de santé mieux coordonné.

M. Dudgeon parle d'une approche des soins axée « sur la personne » plutôt que « sur le patient » parce que les personnes ne sont des patients que pendant une infime partie du temps.

Panéliste : John Geddes

Chef du bureau d'Ottawa de *Maclean's*

M. Geddes décrit le rôle que Tommy Douglas a joué comme « saint patron » de l'assurance-santé et comment sa réputation est grimée si haut au cours des dernières années. Son statut démontre que le système de santé du Canada est devenu « sacrosaint », affirme M. Geddes. C'est pourquoi les politiciens ne peuvent plus remettre en question les assises de l'assurance-santé, ce qui signifie que le défi consiste maintenant à déterminer comment modifier le système sans une telle remise en question.

Questions de l'AMC

Il est important pour les citoyens de savoir que le système de santé leur donne une bonne valeur pour leur argent. Qu'est-ce qui constituerait selon vous une bonne valeur ?

M. Elman répond à la question en décrivant un cas dont il s'est occupé, soit celui d'un enfant de deux ans et demi transporté d'une autre ville dans un hôpital de Hamilton parce qu'il avait besoin d'une trachéostomie. Il dit que l'enfant avait été hospitalisé pendant plus d'un an. Le médecin qui s'occupait de lui avait appelé M. Elman parce que l'enfant n'était pas malade et n'avait plus besoin d'être hospitalisé, mais qu'on ne pouvait lui donner son congé parce qu'on craignait que les parents ne puissent lui fournir les soins nécessaires. Il ajoute qu'il était toutefois impossible de trouver les services communautaires nécessaires pour aider à s'occuper de l'enfant.

« Obtient-il une bonne valeur des soins de santé ? Pas du tout », déclare M. Elman.

M. Elman ajoute que la solution ne consiste pas simplement à injecter encore plus d'argent dans le système pour assurer que les soins nécessaires dans la communauté soient disponibles : les ministères et les hôpitaux doivent collaborer davantage pour faire disparaître les couloirs qui entraînent un « gaspillage incroyable d'énergie et de ressources ». Il affirme



qu'il faut simplifier le système afin que les parents puissent recevoir l'aide dont ils ont besoin pour s'occuper d'enfants comme celui dont il vient de décrire le cas.

M^{me} Henningsen, comme contribuable, affirme qu'obtenir une bonne valeur pour les soins de santé signifie répondre aux besoins par un service à la clientèle exceptionnel et c'est ce dernier aspect qui manque actuellement dans le système. « Un service à la clientèle exceptionnel, c'est un système de santé qui vous met à contribution et vous aide à vous y retrouver afin de répondre à vos besoins. »

Réaction de l'auditoire

Un membre de l'auditoire propose une stratégie en six points afin d'offrir une bonne valeur en soins de santé.

- 1) Comme on consacre relativement trop d'argent aux hôpitaux, il faut obliger les gouvernements provinciaux à financer un montant égal au nombre de lits d'hôpitaux affectés à « d'autres niveaux de soins » actuellement occupés par les personnes âgées qu'il est impossible de placer dans des établissements de soins de longue durée — plus 10 % — pour construire des foyers de soins de longue durée afin de répondre à ce besoin. Elle affirme qu'en deux ans, on pourrait ainsi éliminer graduellement les lits affectés à d'autres niveaux de soins et les personnes âgées recevraient de meilleurs soins à meilleurs coûts. Le financement pourrait alors être réaffecté à des programmes de soins à domicile.
- 2) Il faut obliger les bureaux de médecins à ouvrir de 7 h à 22 h, du lundi au dimanche, et à être axés davantage sur les patients afin d'alléger les pressions qui s'exercent sur les services d'urgence. Ces bureaux pourraient offrir de meilleurs soins intégrés en mettant à contribution davantage de professionnels de la santé, affirme-t-elle.
- 3) Il faut « rendre l'école agréable » et promouvoir les cours de cuisine afin de marier la théorie à la pratique d'une

bonne alimentation. On pourrait faire de même avec les cours d'éducation physique, ajoute-t-elle.

- 4) Il faut demander aux gouvernements provinciaux de pratiquer l'achat en vrac de médicaments génériques afin de réduire les coûts.
- 5) Il faut demander au gouvernement fédéral de prolonger le Supplément de revenu garanti pendant 10 ou 15 ans afin de pouvoir éliminer la pauvreté.
- 6) Il faut instaurer une carte santé portable pour « relier » le système de telle façon que le dossier du patient soit disponible partout où il reçoit des soins.

M^{me} Henninger répond qu'il est « criminel » d'affecter des lits à d'autres niveaux de soins. Elle signale toutefois que l'Ontario a investi récemment des ressources dans des services de soutien communautaire pour essayer d'atténuer le problème, mais que les progrès sont nuls après un an à cause du mode de fonctionnement des hôpitaux. Elle affirme que les planificateurs des congés placent les gens dans des établissements de soins de longue durée au lieu de les renvoyer chez eux et d'envisager alors seulement de les placer dans de tels établissements. L'admission est une décision sociale plutôt que médicale et ne devrait pas se prendre à l'hôpital.

Le père d'un enfant autistique affirme que la *Loi canadienne sur la santé* ne constitue pas une bonne valeur pour les patients autistiques parce qu'elle ne garantit pas qu'ils reçoivent les soins dont ils ont besoin. Il parle de la nature dissociée des services fournis aux patients autistiques au Canada. « J'ai vu des gens perdre leur maison et vendre tous leurs biens pour s'occuper de leurs enfants », dit-il, répétant que l'éventail des services de soins pour les autistiques est « abyssal » au Canada. À tout le moins, il faut reconnaître, selon lui, le besoin de s'entendre sur un diagnostic pour des enfants comme son fils. Il ajoute ensuite que les familles inuites n'ont pas accès aux soins pour les enfants autistiques « et vous pouvez oublier la possibilité d'obtenir de l'aide. Elle est nulle ». « Notre système doit répondre aux besoins fondamentaux des membres les plus vulnérables et désavantagés de notre société. » Il ajoute qu'il existe un système à deux vitesses de soins pour les patients autistiques au Canada : ceux de la Colombie-Britannique, de l'Alberta ou de l'Ontario ont accès à de bons programmes qui n'existent pas ailleurs au pays ou dans les régions rurales. « Ce n'est tout simplement pas correct », affirme-t-il, en ajoutant que le gouvernement fédéral doit fournir une orientation pour régler le problème.

M. Dudgeon déclare qu'une bonne valeur dans le système de santé doit consister à répondre aux besoins des patients et

des membres de leur famille. Il déclare que contrairement à ce qui se passe dans d'autres secteurs, on ne demande pas aux personnes qui ont accès au système de santé si leurs besoins ont été satisfaits et si elles se portent mieux à la suite des soins reçus. Il ajoute qu'il est possible de produire de meilleurs résultats en mariant le savoir-faire médical aux commentaires de la personne qui reçoit effectivement les soins, ou à ceux des membres de sa famille. Il ajoute que le gouvernement fédéral doit intervenir activement pour garantir que les gens vivent la même expérience lorsqu'ils ont accès au système de santé dans différentes administrations.

Un neurologue retraité depuis peu signale qu'un élément qui manque au panel, c'est un patient. Il ajoute que la discussion produirait de meilleurs résultats si le panel comportait un patient atteint d'un problème chronique qui présenterait son point de vue. Il parle de la pénurie de médecins et fait allusion aux « 26 000 médecins manquants » tout en affirmant qu'il y a dans la province 8 000 diplômés de facultés de médecine étrangères qualifiés qui sont prêts à travailler. Il ajoute qu'il faut accélérer le processus afin de leur permettre de travailler dans la province. Il parle aussi des diminutions de coûts importantes qu'il serait possible de produire en éliminant les examens médicaux inutiles et en consacrant davantage d'argent aux services de prévention.

Il déclare qu'à titre de président de l'AMC, le Dr Turnbull devrait prendre la parole et dire au gouvernement que « nous avons besoin de l'assurance-médicaments, de plus de médecins et de plus d'appareils d'IRM et nous en avons beaucoup plus besoin que de chasseurs F-35 », affirme-t-il.

Le Dr Turnbull répond en affirmant que les stratégies sur l'assurance-médicaments, les soins de longue durée et la promotion de la santé font vraiment partie des besoins auxquels il faut satisfaire pour aller de l'avant.

Une infirmière qui affirme avoir subi un préjudice causé par les soins qu'elle a reçus d'un médecin critique l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et déclare que l'ordre a recours à des experts qui ne donnent pas des avis impartiaux. Elle ajoute qu'il est impossible de soumettre aux tribunaux un problème de santé grave.

Je dois vous dire que j'ai vécu très récemment une expérience au cours de laquelle le système de santé a bien fonctionné et nous oublions parfois de reconnaître ces cas. Ma fille de 12 ans a été envoyée à l'Hôpital pour enfants malades y subir une batterie de tests. Après

avoir subi pendant une journée complète des tests et des interventions très complexes, elle m'a demandé en sortant de l'hôpital : « Maman, comment allons-nous payer tout ça un jour ? » C'était l'occasion de lui expliquer un des aspects merveilleux de la vie au Canada et de lui dire que si nous avions vécu ailleurs, le problème aurait été très grave. C'est pourquoi je pense que nous devons nous concentrer sur ce qui fonctionne et chercher à le conserver, et nous devons aussi trouver des solutions novatrices à ce qui ne fonctionne pas. »

— Shannon MacDonald, Organismes caritatifs neurologiques du Canada

M^{me} MacDonald signale que l'Ontario consacre 50 % de son budget aux soins de santé et que nous devons chercher à saisir les possibilités d'ajouter de la valeur au système. « Bien vivre, c'est beaucoup plus qu'une question de santé » affirme-t-elle, et il faut concentrer les efforts sur d'autres ministères, comme celui des Transports, qui ont une incidence sur l'efficacité de la prestation des soins de santé. « Le gouvernement fédéral a fait preuve de leadership en commençant à parler d'un programme de prospérité et de la façon de garder les gens en santé [...] et de faire en sorte que les gens puissent avoir accès aux programmes dont ils ont besoin. Si nous nous gardons mutuellement en bonne santé, nous constituons une meilleure société. »

Les patients et leurs familles jouent un rôle important dans leurs soins de santé. Selon vous, quelle est la responsabilité des Canadiens, maintenant et à l'avenir, en ce qui concerne leur santé ?

M. Geddes déclare qu'il semble évident qu'il faut s'attendre à ce que les gens assument une grande responsabilité à l'égard de leur propre santé. Il signale toutefois qu'il y a des obstacles à surmonter pour y parvenir, comme l'absence de progrès à l'égard des dossiers de santé électroniques afin de permettre aux gens de suivre leurs propres soins de santé, sans oublier le manque, au Canada, de ressources qui permettent de comparer la qualité des services disponibles dans différents hôpitaux et dans d'autres contextes. Le Royaume-Uni fait du bon travail à cet égard, dit-il, en offrant des sites web qui permettent d'établir ces comparaisons. Ici par contre, signale-t-il, il est même difficile de trouver des données pour comparer les soins hospitaliers dans des provinces différentes, même si l'on réalise des progrès comme le démontre un projet mettant à contribution les centres de santé universitaires.

M. Dudgeon signale qu'il existe des lignes directrices pour aider les Canadiens à maintenir une meilleure santé du cerveau. Il affirme qu'il existe des données indiquant qu'une saine alimentation et de l'exercice réduisent de façon appropriée le risque de démence. Il réprovoe toutefois les personnes qui diffusent les lignes directrices à suivre pour éviter d'exhorter les médecins de famille à recommander ces mesures à leurs patients parce qu'ils pensent que la base de données probantes n'est pas assez solide en neurologie — même si l'on recommande les mêmes mesures pour réduire le risque de maladies cardiovasculaires.

Sans compter qu'ils doivent assumer la responsabilité de leur propre santé, affirme-t-il, les gens doivent aussi veiller à ce que les politiques publiques encouragent les habitudes de vie saines, notamment en faisant en sorte que les écoles enseignent la littératie en santé.

Réaction de l'auditoire

La D^{re} Merrilee Fullerton, médecin de famille, condamne l'approche selon laquelle les patients sont des personnes à qui l'on fait des choses au lieu de les aider à participer à leurs propres soins. Elle parle aussi de littératie en santé et déclare que même s'il se peut que certaines personnes ne puissent participer à leurs propres soins, un pourcentage important est en mesure de le faire. Elle affirme qu'une grande majorité des patients veulent participer à leurs propres soins et au processus décisionnel. Elle affirme toutefois qu'en continuant d'insister sur la nécessité de changer le système de santé, on oublie ce que les gens peuvent et doivent faire dans leur propre vie pour améliorer leur propre santé.

M. Elman déclare qu'il faut commencer à parler de la santé durant l'enfance. Il signale toutefois que pour certains groupes comme les Autochtones, il est très difficile d'assumer la responsabilité de leur propre santé à cause de l'environnement. Par exemple, dit-il, il n'est pas réaliste de demander aux gens d'assumer la responsabilité d'une bonne nutrition dans certaines communautés du Nord où, par exemple, une banane peut coûter 4 \$. C'est seulement lorsqu'il y a égalité des chances sur le plan des autres déterminants de la santé qu'il est juste de parler de la responsabilité personnelle à l'égard de la santé, ajoute-t-il.

M. Elman suggère aussi de tenir une assemblée publique locale avec des jeunes afin de leur demander ce que l'on pourrait faire pour les aider à assumer la responsabilité de leur propre santé.

M^{me} Henningsen déclare que la politique en vigueur dans de nombreuses administrations, qui consiste à évaluer les visites à domicile pour aider les personnes vivant dans leur

communauté en fonction du nombre de ces visites plutôt que de la qualité des résultats, constitue un exemple de cas où la littératie en santé en a souffert. Lorsqu'on modifie le système, affirme-t-elle, il importe d'assurer que l'on y prévoit du temps pour communiquer comme il se doit avec les patients et les membres de leur famille afin d'écouter leurs préoccupations.

Une physiothérapeute parle de la possibilité de congédier des patients qui n'assument pas la responsabilité de leurs propres soins et n'y participent pas comme il se doit. Elle réprovoque le changement de politique appliqué par l'Ontario en 2005 qui a fait disparaître de nombreux services de physiothérapie du système financé par le secteur public. Elle parle aussi de l'inefficacité du système qui oblige maintenant ceux qui reçoivent des soins financés par le secteur public à être référés par un médecin de famille avant de pouvoir consulter un physiothérapeute, même si la physiothérapie est manifestement nécessaire. « Les soins de santé ne sont pas gratuits », affirme-t-elle. « Il ne faut pas le croire. »

Un médecin et chercheur en médecine parle du besoin d'une approche située davantage « en amont » pour améliorer le système de santé en investissant encore plus dans les services de prévention. Il déclare craindre que le système actuel n'aille de l'avant avec des solutions rapides fondées excessivement sur les médicaments d'ordonnance.

M. Dudgeon déclare que pour amener les gens à assumer la responsabilité de leur propre santé et pour améliorer la littératie en santé, il faut notamment assurer que les soins primaires sont fournis par des équipes. Il déclare qu'au lieu de simplement consulter un médecin et de recevoir une ordonnance pour traiter un problème comme l'hypercholestérolémie, les soins en équipe encouragent les autres professionnels de la santé à utiliser d'autres moyens comme l'amélioration de la nutrition et des modifications des habitudes de vie pour gérer le problème.

Un médecin critique la perception selon laquelle le modèle de financement de notre système de santé est sacrosaint et il affirme qu'il faut faire disparaître ces « vaches sacrées » afin de trouver des façons d'améliorer le système. Par exemple, ajoute-t-il, il n'y a aucun recours ni aucune sanction si un patient se montre irresponsable et ne s'occupe pas de sa propre santé. « Il faut y penser. »

« Il est bien connu qu'il faut rationner tout ce qui est désirable et gratuit (comme les soins de santé au Canada). C'est tout simplement une réalité », ajoute-t-il. Il déclare que depuis qu'il est devenu médecin en 1968, la qualité des soins de santé — même si elle demeure excellente au Canada —

s'est détérioré graduellement et qu'il n'y aura pas d'amélioration tant que l'on ne discutera pas du financement du système.

M. Geddes déclare que personne « n'ira très loin » en contestant les principes fondamentaux du système de santé du Canada et que c'est pourquoi il faut trouver d'autres options pour implanter des éléments de concurrence dans le système et améliorer son efficacité. Il déclare que la clé consiste à établir des mesures et des points de repère publics et transparents pour offrir un choix aux gens.

Un membre de l'auditoire signale que la qualité des soins de santé est en réalité « assez terrible » et surpassée par celle qu'offrent la plupart des pays occidentaux sauf les États-Unis. Il demande comment on peut s'attendre à ce que des gens occupés fassent davantage pour assumer la responsabilité de leur propre santé. « Il y a une limite à ce que nous pouvons faire », affirme-t-il, étant donné particulièrement que beaucoup de gens refusent de croire ce qui leur est dit au sujet de la santé. Il cite en exemple la récente éclosion de rougeole en Europe et le fait que les gens ne se sont pas fait vacciner.

La loi qui sous-tend notre système — la *Loi canadienne sur la santé* — date des années 1980. Elle couvre seulement les soins médicaux et hospitaliers. Pensez-vous qu'il faudrait étendre la couverture à des éléments comme l'assurance-médicaments et les soins de longue durée ?

M. Elman parle des lacunes de la prestation des services de santé mentale et signale que 25 % des enfants recevront un diagnostic de maladie mentale, mais qu'un sur six seulement sera traité. Il affirme que le système n'investit pas suffisamment dans les enfants ou dans des services de santé mentale pour les enfants et les adolescents.

Il signale que beaucoup d'adolescents perdent accès à la couverture des médicaments d'ordonnance lorsqu'ils ont 18 ou 21 ans. Il faut donc établir un programme national d'assurance-médicaments pour assurer qu'ils continuent de recevoir les médicaments dont ils ont besoin.

M^{me} Henningsen indique que neuf provinces ont déjà un système très robuste de soins à domicile appuyé par la loi. Elle dit qu'il faut poser la question sur ce qu'on attend de l'ajout des soins à domicile à la *Loi canadienne sur la santé*.

Réaction de l'auditoire

Doug Angus, économiste de la santé à l'Université d'Ottawa, se dit « impressionné » par la variété des commentaires et du caractère réfléchi des idées entendues au cours de la soirée. Il

convient que l'assurance-santé est probablement sacrosainte et laisse entendre qu'il faudrait la changer en la révisant et la modifiant au lieu de la refondre. Il déclare qu'il y a, des deux côtés de la clôture politique, beaucoup de gens dévoués qui pourraient discuter de façon réfléchie de la question et de ce qu'il faut pour améliorer le système.

Un autre intervenant soulève la question de l'accès aux services qui diffère d'un bout à l'autre du Canada. Il déclare qu'il faut un moyen de permettre aux gens de se réunir pour discuter des questions importantes qu'il faut aborder en soins de santé, comme cela s'est fait il y a quelques années avec les soins primaires.

Un membre de l'auditoire qui travaille pour le Conseil de la fédération affirme qu'il faudrait demander ce que les provinces et le gouvernement fédéral peuvent faire pour améliorer la santé individuelle.

Un médecin de famille déclare qu'il souhaite qu'on élabore un système de santé viable qui s'occupera de lui-même lorsqu'il fera tout ce qu'il faut pour demeurer en bonne santé. Il déclare espérer que l'exercice de consultation dirigé par l'AMC produira une matière que les groupes de discussion de consommateurs pourront utiliser pour évaluer diverses possibilités. Il insiste sur la nécessité de tenir compte de l'importance des autres déterminants de la santé en signalant que le système de santé même constitue « la cerise sur le gâteau » lorsqu'il est question de la santé.

Une infirmière travaillant dans des programmes de soins pré- et post-nataux dans des communautés rurales affirme qu'il importe d'assurer le maintien des services de santé dans les petites communautés. Elle déclare que l'obligation de parcourir de longues distances pour prodiguer des soins peut aboutir à des résultats moindres.

Caitlin Schulz, étudiante à l'École des politiques publiques de l'Université de Toronto, déclare qu'il faut envisager le rationnement parce qu'il est impossible d'ajouter indéfiniment d'autres services au système financé par le secteur public sans hausser les impôts. Elle affirme que les échanges peuvent permettre d'analyser la prestation de l'assurance-santé par le secteur privé sans considérer qu'il s'agit d'une attaque contre le système financé par le secteur public.

Les commentaires antérieurs sur le congédiement de patients ou l'imposition de sanctions aux personnes qui n'assument pas la responsabilité de leur propre santé ou qui abusent du système la préoccupent.

M. Geddes affirme que le gouvernement fédéral actuel

n'est pas intéressé à élargir le champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé* et que le défi consistera à maintenir l'envergure des services financés par le système public. Il ajoute toutefois que l'étude d'un régime national d'assurance-médicaments, en particulier des médicaments visant à traiter des maladies graves, offre des possibilités.

Un autre intervenant reprend les commentaires de M. Elman au sujet de la nécessité de remédier aux pénuries de services de santé mentale pour les enfants et les adolescents. Il affirme qu'il serait utile de modifier la *Loi canadienne sur la santé* pour concentrer l'attention sur la question. Il signale aussi les défis posés par l'existence de couloirs et les problèmes qu'ils créent.

Un étudiant en médecine de l'Université d'Ottawa est déçu de la situation actuelle de la *Loi canadienne sur la santé* qu'il décrit comme un « nœud gordien » plutôt que comme un « phare » pour les politiques de santé.

Un autre membre de l'auditoire parle de « médecine à la Humpty Dumpty » et de la tendance du système à se concentrer sur les problèmes de soins actifs et sur les soins médicaux et hospitaliers. « Qu'est-ce qui se passe si je n'ai pas de fracture, mais seulement une petite fêlure ? », demande-t-il. Il déclare que le système a évolué de façon à traiter les crises plutôt que l'ensemble de la société. Il ajoute qu'on ne réglerait rien en fulminant contre les politiciens.

Conclusion et résumé

Le Dr Turnbull résume les principaux thèmes entendus au cours de la soirée.

- Le système laisse tomber les Canadiens, et en particulier les groupes vulnérables.
- Le système est fracturé, les virages ne sont pas bien gérés et les gens ne peuvent obtenir les soins où et quand ils en ont besoin.
- Nous pensons avoir réussi à franchir un paradigme des soins actifs, mais nous n'avons pas créé de système pour gérer les problèmes chroniques ou les soins à domicile et les soins communautaires.
- Les déterminants sociaux de la santé sont importants.
- Le besoin de transparence et de systèmes redditionnels pour élaborer des normes nationales et établir des points de repère.
- La *Loi canadienne sur la santé* doit nécessairement être modernisée.

