

Mémoire soumis
au
Comité des Affaires sociales, sciences et technologie
par
La réseau œcuménique sur les soins de santé
du
Commission justice et paix
Le Conseil canadien des Églises

le 29 octobre 2001
Ottawa, Ontario

Présenté par
M. Stephen Allen

Introduction

J'apprécie l'occasion qui m'est offerte de commenter, au nom du Réseau œcuménique sur les soins de santé de la Commission Justice et Paix du Conseil canadien des Églises, certaines des options proposées par le présent Comité sénatorial dans *Volume quatre 4, questions et options*.

Les Églises du Canada ont toujours contribué à l'élaboration du système de soins de santé financé et administré par l'État, en tant que pourvoyeuses de services (hôpitaux religieux, foyers pour les malades chroniques et les personnes âgées, programmes en faveur des pauvres), en tant qu'intervenantes (pastorale, aumônerie, services aux malades et aux mourants) du pays ; elles ont toujours appuyé les idées et approches innovatrices (programmes communautaires tels que les soins infirmiers à l'échelle paroissiale). À nous, chrétiens et chrétiennes, Jésus a enseigné que la santé requiert un bien-être à la fois spirituel et physique.

Mes commentaires porteront donc sur six notions : (1) les principes gouvernant la prestation des soins de santé, (2) le financement des soins de santé, (3) l'imputabilité de tous les paliers de gouvernement, (4) le besoin de recherche fondée sur la preuve, (5) l'extension des soins à la médication aux soins à domicile, (6) l'appui au recours aux déterminants de la santé pour assurer l'intégration des stratégies et des programmes.

Principes gouvernant la prestation des soins de santé

Les membres du Réseau œcuménique sur les soins de santé appuient les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé. Ces principes, qui reçoivent l'appui d'une grande partie du public, doivent servir de points de départ.

Notre appui se fonde sur les principes et valeurs suivants, qui soutiennent et complètent ceux de la Loi canadienne sur la santé. Ils comprennent :

La dignité de la personne.

Le droit aux soins de santé, sans égard à la situation financière ou au rang social de la personne.

Les soins de santé en tant que service répondant à un besoin. Ils ne doivent pas être perçus comme un produit ou une marchandise.

Les fournisseurs de soins de santé ne doivent pas être détournés de leur première responsabilité, qui est de soulager souffrance, de prévenir et de traiter la maladie et de promouvoir la santé. Cette responsabilité repose sur une relation de confiance entre le fournisseur et le patient.

Une sage gouvernance : on ne peut faire tout ce qu'on veut. La prise de décision en matière de priorités implique des débats et des décisions faisant appel à la fois aux citoyens et aux gouvernements.

L'équité, la responsabilité mutuelle collective, la compassion et l'humanité sont des

valeurs que nous tenons pour fondamentales; c'est d'elles qu'il faudra nous inspirer pour les réformes à effectuer.

Les principes de justice sociale doivent guider toute réforme à apporter dans la prestation des soins de santé. L'« équité », telle qu'on la décrit dans *Vol. quatre : questions et options*, ne saurait suffire. Il n'est pas équitable d'accorder un traitement différent à des personnes de moyens et de situations différents : cette conduite n'est d'ailleurs pas conforme à l'engagement des Canadiens et Canadiennes à l'égard de la justice sociale.

Le financement des soins de santé au Canada

(Commentaires sur le chapitre 8 (Enjeux et options quant au financement))

Le Comité a proposé plusieurs objectifs du rôle de financement du gouvernement fédéral en matière de santé et de soins de santé à la page 19 :

1. Offrir un niveau stable de financement qui puisse assurer la pérennité du système de soins de santé du Canada et en favoriser la réforme et le renouvellement.
2. Faire en sorte que tous les Canadiens et Canadienne aient accès, au temps voulu, à tous les services médicalement nécessaires, quelle que soit leur aptitude à payer ces services.
3. Faire en sorte qu'aucun Canadien ou aucune Canadienne ne connaisse des difficultés financières pour avoir dû acquitter des factures de soins de santé.
4. S'assurer que soient mis en pratique les quatre principes touchant le patient dont s'inspire la Loi canadienne sur la santé (universalité, globalité, accessibilité et transférabilité).

Nous estimons que ces principes sont utiles.

Notre système de soins de santé se fonde sur la valeur selon laquelle tous les citoyens se partagent les risques. Personne ne veut avoir un accident ni contracter une maladie à haut risque. Nous nous sentons réconfortés à la pensée que notre système de soins de santé est là quand nous en avons besoin. Le partage du risque représente une convention sociale entre citoyens. C'est une valeur à promouvoir, à protéger et à chérir.

La plupart des Églises sont adeptes du principe de l'administration publique parce qu'elle demeure généralement plus efficace et nous permet une approche systémique de la prestation des soins de santé au Canada. Dans ce contexte, nous maintiendrions notre appui à l'impôt sur le revenu comme source de revenus pour les soins de santé (voir chapitre 8 et section 4.2 -- Accroître les recettes générales (au moyen de l'impôt sur le revenu ou des taxes de vente)).

On me permettra de faire à cet égard trois observations.

Premièrement, l'économiste américain Joseph Stiglitz, prix Nobel, confiait, dans ses

commentaires sur la croissance du chômage aux États-Unis (avant les événements du 11 septembre) : « Ce qui m'inquiète, c'est que nous n'avons pas de filet de sécurité. Nous n'avons pas de bien-être social ni d'assurance-emploi adéquats ». Il poursuivait que, pis encore, les travailleurs américains qui perdraient leur emploi perdraient aussi généralement leur assurance-santé, ce qui ne ferait qu'exacerber le mal . Bon nombre des quarante millions d'Américains et Américaines qui ne sont pas protégés par un système d'assurance-maladie, de même que les quarante autres millions qui ne le sont pas suffisamment, travaillent, mais ne peuvent s'offrir d'assurances privées. Le système canadien financé publiquement offre aux Canadiens et Canadiennes un sentiment de sécurité important.

Deuxièmement, nous reconnaissons qu'il y a une certaine confusion au sujet de la suffisance ou de l'insuffisance des niveaux de financement du système des soins de santé. D'une part, les rapports des médias donnent à entendre que nous dépensons trop pour les soins de santé et qu'il y a des choix difficiles à faire. D'autre part, il semble que nous en soyons à un niveau inférieur à celui d'autres pays de l'OCDE. Les sommes affectées aux soins de santé représentent un peu plus que 9 % du PIB. Cette proportion n'a pas changé sensiblement au cours de la dernière décennie. C'est moins que les 14 % des États-Unis, et légèrement plus que chez certains pays européens. L'étude de l'OMS, *World Health Report 2000*, indique qu'en termes de dépenses publiques, le Canada est au dernier rang du G7, les États-Unis exceptés. Enfin, au sein de l'OCDE, le Canada se classe au dernier rang en matière de dépenses publiques.

Raisa Deber (entre autres analystes des politiques de soins de santé) nous rappelle que notre système d'assurance universel a pu juguler les coûts dans une proportion qu'on n'a pu atteindre aux États-Unis, où tant de citoyens et citoyennes sont exclus et laissés dans une condition d'extrême vulnérabilité. Dans le même article, le professeur Deber fait observer que le Canada ne se classe, parmi les membres de l'OCDE qu'au-dessus de l'Australie, du Portugal et des États-Unis en ce qui concerne la proportion du total des dépenses publiques affectée aux soins de santé. Votre comité devra présenter la preuve claire et indépendante que l'approche actuelle du Canada est inefficace par comparaison avec les mécanismes de prestation apparemment inefficaces du secteur privé dans d'autres juridictions.

Troisièmement, l'approche actuelle du Canada fait en sorte que nous ayons un « système » de soins de santé. Nos Églises partenaires des États-Unis ont relevé, par exemple, l'absence d'une approche systématique des soins de santé chez eux. Steven Derks est vice-président d'Advocate Health Care, un fournisseur de soins de santé à assise ecclésiastique de Chicago qui fournit annuellement pour 2,7 millions de dollars US de soins. Or, il déclarait, au sujet des soins de santé aux États-Unis : « Nous n'avons pas de *système* (c'est nous qui soulignons) de soins de santé, aux États-Unis. Ce que nous avons, c'est une constellation de services engrangés dans des silos séparés, qui sont difficiles à troquer et qui sont réceptifs aux mécanismes de remboursement... Les soins à l'intégralité de la personne sont une bonne chose, mais ils sont difficiles à gérer pour des

fournisseurs américains. » Avant d'augmenter la prestation de soins à but lucratif, il faudra disposer d'une bien meilleure preuve pour éviter la fragmentation du système canadien, qui offre un meilleur potentiel d'intégration de politiques publiques de soins de santé intégrées.

En pesant le pour et le contre des diverses options de financement, nous nous demandons si les options proposées augmentent la disponibilité des services publics qui sont offerts aux secteurs vulnérables de la société et aux régions et provinces moins favorisées de notre pays. La recherche faite par le Comité lui-même révèle des failles importantes dans les frais d'utilisation. Ce système ne génère pas beaucoup de revenus. Il peut se révéler dissuasif pour les citoyens moins fortunés en quête de soins. Un système prévoyant des frais proportionnés aux revenus stigmatiserait-il davantage les membres plus pauvres de notre communauté nationale ? Dispenser de frais d'utilisation les personnes plus pauvres susciterait-il le mécontentement de ceux qui en paient ? Votre rapport cite le système sans frais de la Suède. Ce dernier n'a pas pour but de générer des revenus, mais, comme vous le faites observer, il vise à changer le comportement des citoyens, afin de prévenir l'utilisation frauduleuse du système. L'a-t-il vraiment fait? Les Suédois, en règle générale, abusent-ils de leur système de soins de santé ? Les prestataires de soins contribuent-ils à ce problème?

Imputabilité des gouvernements

Nous sommes d'accord avec votre observation de la page 56, selon laquelle il est impossible de retracer de quelle manière les provinces et territoires utilisent les fonds fédéraux. Il faut que les citoyens sachent que si on réduit leurs taxes et impôts, il restera moins de dollars pour les soins de santé (de même que pour les programmes sociaux et l'éducation post-secondaire). Nous sommes favorables à ce qu'on rapporte annuellement, et de façon transparente, comment les provinces utilisent les fonds fédéraux des soins de santé, tout comme ceux qui sont accordés par l'intermédiaire du TCSPS. Nous osons espérer que votre comité offrira des modèles qui soient plus que simplement volontaires et qui puissent prévoir des mécanismes capables d'assurer une imputabilité mutuelle à tous les paliers de gouvernement en ce qui touche aux principes, aux valeurs et aux objectifs du système des soins de santé du Canada.

La nécessité d'une recherche fondée sur l'expérience

Au moment où le Comité élabore diverses options impliquant des changements au système des soins de santé, nous nous réjouissons de votre engagement à vous inspirer de recherches fondées sur l'expérience.

Nous reconnaissons le rôle vital du gouvernement fédéral dans le renforcement de la capacité de recherche sur la santé dans l'ensemble du Canada, y compris, comme vous le faites observer au chapitre 8, des projets pilotes innovateurs qui améliorent la prestation des soins de santé. Une insistance sur les résultats en termes d'état de santé et d'utilisation des soins de santé pourrait contribuer à une meilleure gestion des ressources. Plus tôt cet été, *The Ottawa Citizen* publiait un extrait d'un chapitre écrit par Steven Lewis pour un livre. L'auteur nous y rappelle le besoin de nous concentrer sur la qualité et sur la modification des pratiques et méthodes. L'accent sur la qualité pourra nous mettre sur la voie de l'amélioration des soins et du système.

Dans la partie du texte qui traite de l'opportunité d'accorder un rôle plus important à l'assurance privée, le Comité déclare que la preuve recueillie lors de votre étude à l'échelle internationale indique que l'ajout de l'assurance privée au système des soins de santé peut offrir un bon nombre d'avantages, dont l'offre de plus de choix au patient, l'augmentation de la concurrence et l'amélioration de l'efficacité dans le secteur public

Nous croyons qu'il nous serait utile, pour notre part, de comprendre la preuve de telles assertions. Si cette approche, en effet, représente une stratégie de réduction des coûts, pourquoi ces derniers sont-ils tellement plus élevés aux États-Unis, qui comptent un grand nombre d'assureurs publics? Quel impact aura un système à la fois public et privé sur des citoyens qui comptent sur un système financé par l'État? Quant à ceux qui peuvent s'offrir une protection privée, se montreront-ils mécontents de voir leurs impôts servir au financement public? Cela affaiblira-t-il davantage notre notion de pacte entre les citoyens et entre les provinces territoires riches et pauvres ? Quels résultats le Comité

prévoit-il obtenir avec un pareil système ? Quels résultats produirait la concurrence entre un système public et une multitude d'assureurs privés ? Quelle efficacité en espère-t-on ?

Dans le chapitre 8, section 6, Un système de santé à deux vitesses (page 67), le Comité propose plusieurs options, dont les frais d'utilisation pour les services financés publiquement, les CÉS (Comptes d'épargne-santé) et l'assurance-maladie privée (dont j'ai brièvement traité plus haut). Vous citez trois options permettant d'obvier aux aspects négatifs des systèmes de soins de santé à deux vitesses. Selon l'une de ces options, on demanderait à tous les médecins de travailler un certain nombre d'heures dans le système financé publiquement, ce qui veut dire qu'on ne leur permettrait pas de travailler exclusivement dans le système privé. J'avoue en toute franchise que cette option me laisse perplexe. Beaucoup de médecins, en effet, travaillent déjà de longues heures. Beaucoup se plaignent d'être surchargés. Nous entendons parler d'une pénurie de médecins dans diverses régions du pays. En quoi votre option résoudre-t-elle ce problème ? Qui déciderait d'une répartition raisonnable entre heures publiques et heures privées ? Comment le système public pourrait-il être sûr que le médecin ne s'imposerait pas un surcroît de travail dans le système privé, ce qui ne lui laisserait que peu d'énergie pour ses heures de travail pour le système public ?

Nous présumons que le Comité est au courant du rapport du vérificateur général de l'Alberta au sujet de la possibilité d'aggravation d'un conflit d'intérêts par suite de la proportion grandissante de la propriété privée des installations de soins de santé. Le 9 octobre, le vérificateur général de l'Alberta réclamait des contrôles stricts sur l'impartition des services chirurgicaux pour empêcher des médecins de longue expérience de détourner des dollars du système public de soins de santé vers des cliniques où ils détiennent des intérêts.

Voilà quelques-unes des nombreuses questions soulevées par votre rapport qui méritent qu'on procède à une recherche indépendante et vérifiable avant d'en approuver les recommandations.

L'inclusion de l'assurance-médicaments et des soins à domicile
(voir Chapitre 8: Section 7.2 Élargissement du régime)

Le Forum national a accordé beaucoup d'attention à la possibilité d'élargir les programmes pour englober les médicaments et les soins à domicile. Des programmes nationaux dans ces domaines, aux termes de la Loi canadienne sur la santé, incluraient des changements aux soins de santé et, comme le fait observer votre Comité, seraient axés sur le patient, produisant ainsi un système plus homogène, un continuum de soins et de protection entre l'hôpital et la maison. Un programme national de soins à domicile constituerait une extension importante des soins de santé, mais ceux-ci ne représentent pas nécessairement l'option de choix pour tous ceux qui requièrent des soins et pour les membres de famille qui prodiguent ces soins. Il faut que les soins à domicile soient donnés d'une façon qui ne fasse pas retomber les responsabilités de manière irréaliste sur

les prestataires des soins. Cette responsabilité retombe en général, quoique pas toujours, sur les femmes.

Les déterminants de la santé

(voir Chapitre 12: Questions et options concernant le rôle à jouer en matière de santé de la population)

Nous sommes heureux de l'attention accordée par le Comité à la santé de la population et aux déterminants de la santé. La Déclaration d'Alma Ata de l'Organisation mondiale de la santé définissait 5 principes de soins de santé pour les soins de santé primaires:

- 1) La distribution équitable des services de santé.
- 2) La participation de la communauté.
- 3) L'accent sur la prévention.
- 4) Une technologie appropriée.
- 5) Une approche multisectorielle des soins de santé qui, par-delà le simple traitement de la maladie, inclut des déterminants tels que l'éducation, l'emploi, le logement et la qualité de l'environnement.

Bien que cela puisse dépasser le mandat du Comité, puis-je suggérer qu'on accorde plus d'attention aux déterminants de la santé, aux diverses initiatives de politique publique et au besoin d'une réflexion plus intégrée sur l'impact de ces politiques sur la santé.

Tout comme le Comité, nous trouvons scandaleux le manque d'attention accordée à la santé des peuples autochtones du Canada. Nous appuyerions des recommandations en faveur d'une approche plus holistique et culturellement plus appropriée, conçue par des peuples et des organisations autochtones recevant toute forme d'aide qu'ils pourraient requérir.

Conclusion

Je pourrais dire, pour résumer, que :

Nous appuyons tous les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé et accueillerions favorablement l'extension des programmes.

Les valeurs que j'ai énoncées dans mon introduction représentent un fondement solide pour notre système de soins de santé. Celui-ci joue un rôle vital dans l'édification d'une société qui a le souci de la santé des personnes et des communautés.

L'insistance sur les options à fondement commercial du volume 4 crée chez nous un certain malaise. La croissance des dépenses privées en tant que partie du dollar réservé à la santé appelle un débat et des échanges beaucoup plus ouverts. Il faudrait nous rappeler que nous entrons dans le système de soins de santé en tant que citoyens qui ont besoin de compassion et non pas en tant que consommateurs marchandant un produit. Les soins ne se traitent pas comme une marchandise.

Nous reconnaissons la possibilité d'améliorer notre système de soins de santé. Nous appuyons les politiques et programmes qui ont pour effet d'améliorer la santé et d'assurer une sage gestion des ressources.

Nous vivons en communauté. Nous sommes interdépendants. Il faut nous soutenir mutuellement: les notions telles que la solidarité humaine, l'humanité, la compassion à l'égard des faibles sont des questions qui constituent, aux yeux des Églises, les fondements mêmes de la justice sociale. Les soins de santé sont un bien public essentiel au bien-être commun : c'est là une vision que nous croyons importante pour les Canadiens et Canadiennes, une vision qu'il faut proclamer à la face du monde.

Les soins de santé font à la fois l'objet de notre engagement et de notre souci. Nous prévoyons, pour notre part, participer à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Nous espérons tenir d'autres discussions avec nos Églises membres et planifions actuellement une table ronde à Ottawa en février, sur le thème des impératifs éthiques dont devront s'inspirer à l'avenir les soins de santé.

Au nom du réseau œcuménique sur les soins de santé de la Commission Justice et Paix du Conseil canadien des Églises, permettez-moi de remercier le Comité de m'avoir donné cette occasion de partager certaines de nos réactions au *Vol. 4 – questions et options*.