

LE RÉSEAU ŒCUMÉNIQUE
SUR LES SOINS DE SANTÉ
LE CONSEIL CANADIEN DES ÉGLISES
159 ROXBOROUGH DRIVE
TORONTO, ONTARIO M4W 1X7
TÉL. : 416 972-9494 TÉLÉC. : 419 927-0405

DES SOINS DE SANTÉ POUR TOUS AU CANADA

RAPPORT FAISANT SUITE AU FORUM DU
RÉSEAU ŒCUMÉNIQUE DES SOINS DE
SANTÉ PORTANT SUR L'AVENIR DES SOINS
DE SANTÉ AU CANADA
28 FÉVRIER 2002

Sommaire du rapport

Le 28 février dernier, le Réseau œcuménique sur les soins de santé tenait, sur la Colline parlementaire, un forum extraordinaire sur l'avenir des soins de santé au Canada. Y ont participé une bonne centaine de dirigeants religieux, de fournisseurs et de professionnels des soins de santé, ainsi que des politiciens et des représentants d'organismes reliés au monde communautaire et à celui du travail.

Le Forum s'est concentré sur les visions et les valeurs essentielles à l'avenir des soins de santé. Les participants ont convenu qu'il faut conserver et renforcer le système canadien dans une optique de justice sociale. Ils en sont venus à la conclusion que le système de soins de santé du Canada n'est pas en état de crise, que les mécanismes de prestation à fins lucratives sont trop coûteux et excluent des personnes et qu'on pourrait l'améliorer par une réforme des soins primaires. On relève, au nombre des recommandations, la promulgation d'une loi parallèle sur la santé prévoyant un élargissement du système qui lui permettrait d'englober l'assurance-médicaments, l'amélioration des soins à domicile, les soins palliatifs et les services de centres d'accueil, tout en ne nécessitant pas la réouverture de la Loi canadienne sur la santé. Le Forum a également recommandé la création d'une charte ou alliance sur la santé, qu'on trouvera en annexe xxx au présent document.

On s'est inquiété de voir les dirigeants politiques perdre leur crédibilité par suite de leur manque d'appui concret aux soins de santé. On a dit craindre que les voix des « groupes d'intérêts » à qui profiterait une plus grande privatisation n'exercent plus d'influence sur les décideurs politiques que celles des gens ordinaires. Devant toute réforme, la question à poser est : « À qui profite-t-elle? Les Églises, pour leur part, ont convenu d'entreprendre une série d'ateliers à l'échelle nationale afin d'aider leurs membres à contribuer à leur débat sur l'avenir des soins de santé.

DES SOINS DE SANTÉ POUR TOUS AU CANADA

RAPPORT FAISANT SUITE AU FORUM DU RÉSEAU ŒCUMÉNIQUE
SUR LES SOINS DE SANTÉ PORTANT SUR L'AVENIR DES SOINS DE
SANTÉ AU CANADA, COLLINE PARLEMENTAIRE, ÉDIFICE DE
L'OUEST, 28 FÉVRIER 2002

LE RÉSEAU ŒCUMÉNIQUE SUR LES SOINS DE SANTÉ

Le Réseau œcuménique sur les soins de santé est un projet de la Commission Justice et Paix du Conseil canadien des Églises. En font partie l'Église anglicane du Canada, l'Église unie du Canada, la Conférence des évêques catholiques du Canada, l'Église évangélique luthérienne du Canada et l'Église presbytérienne du Canada en partenariat avec KAIROS-Initiatives œcuméniques canadiennes pour la justice, ainsi que l'Association canadienne des soins de santé. Créé en 1998, le Réseau coordonne les travaux d'Églises canadiennes qui dispensent des soins de santé aux Canadiens et Canadiennes depuis plus d'un siècle

OBJECTIF DU FORUM

En réponse aux préoccupations entourant l'avenir du système canadien de soins de santé, le Réseau œcuménique mène, depuis deux ans, une campagne d'éducation et de discussion dans l'ensemble du pays. Les Églises canadiennes ont fait des représentations auprès du Comité permanent du Sénat sur les Affaires sociales, la Science et la Technologie, de même qu'auprès de certains comités provinciaux chargés de se pencher sur des questions de santé. Elles ont publié une documentation éducative considérable, tout en se penchant sur les questions relatives à l'utilisation de nouvelles technologies, par l'entremise du Groupe consultatif sur la biotechnologie du Conseil canadien des Églises. On continue de discuter de soins de santé au sein de nombreux comités et équipes administratives des Églises. Il se tient des consultations avec des fournisseurs de soins de santé à affiliation religieuse. À la suite de la publication du Rapport intérimaire de la Commission sur l'avenir des soins de santé, les Églises ont organisé 16 ateliers dans divers centres du pays. Au début de ce processus, le Réseau œcuménique a tenu le Forum sur l'avenir des soins de santé au Canada, afin d'amorcer la présente discussion à l'échelle nationale. Ce dernier réunissait, dans l'édifice de l'Ouest de la Colline parlementaire, une centaine de dirigeants religieux, de fournisseurs de soins à affiliation religieuse et de personnes politiques.

Le Rév. David Pfrimmer, président de la Commission Justice et Paix et animateur du Forum, a entamé la journée par un bref survol où il a exposé les trois raisons d'être de cette réunion :

- L'Église a une longue expérience des soins de santé au Canada, à la fois en tant que dispensatrice de soins de santé et que soutien du système public universel du Canada. Il s'est tenu une réunion semblable au Forum lors des débats entourant la loi originale canadienne sur la santé, dans les années 1960..

Les Églises ont une préoccupation d'ordre pastoral, étant donné que beaucoup de membres du clergé œuvrent auprès de personnes malades qui ont à prendre des décisions touchant aux soins de santé.

- Le processus lui-même suscite des préoccupations pastorales. Beaucoup de personnes, au Canada, deviennent de plus en plus cyniques et doutent que la classe politique puisse ou veuille renforcer et préserver le système si envié qui est le nôtre.
- Les Églises ont aussi la préoccupation prophétique de soulever les questions d'éthique et d'affirmer les valeurs importantes nécessaires au maintien du système canadien. Le débat sur les soins de santé appelle un débat plus étendu portant sur la forme de justice qui prévaudra au Canada. Les Églises doivent affirmer une vision de justice sociale.

Il a également affirmé qu'il pouvait découler trois choses de la réunion :

- Une évaluation globale des ramifications de la question
- Une solide amorce du processus d'élaboration d'une position des Églises
- La détermination de la nature du message à transmettre aux communautés.

HISTORIQUE DU RÔLE DES ÉGLISES EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

Pour amorcer la discussion, le **Rév. Bill Jay** et **M^{me} Rachelle Audet, de l'Église du Canada**, ont commenté un diaporama préparé par **M. James Roche, de la Catholic Health Care Association of Canada**, qui offrait un survol historique du rôle des Églises dans la prestation des soins de santé. Ce rôle remonte à 1747, année où les Sœurs grises ont fondé l'Hôpital général de Montréal..

La présentation passait en revue les origines du système canadien des soins de santé dans les années 1960, de même que la vision de la Commission Hall, qui a mené aux cinq principes des soins de santé canadiens. Suivait un bref survol des études récentes sur la santé : Commission Fyke de la Saskatchewan, en 2001; Commission Clair au Québec en 2001; Rapport Mazankowski en Alberta, en 2002; Commission Romanow, au Canada et le Comité sénatorial sur les soins de santé présidé par le sénateur Michael Kirby en 2001. On a souligné les changements d'attitudes du gouvernement central et des provinces, de même que l'évolution de l'opinion sur les soins de santé « à but lucratif ».

Le diaporama s'est penché sur six mythes communs entourant les soins de santé. Les participants ont trouvé particulièrement la section *Challenging the Myths*. On a répondu comme suit aux principaux mythes :

- L'assurance-maladie est viable
- Les soins de santé à but lucratif sont plus coûteux

- Les soins de santé sont plus qu'une simple marchandise
- Les soins de santé à but lucratif n'amélioreront pas la qualité des soins.
- L'assurance-maladie est bonne pour les affaires.

SURVOL DES TRAVAUX DE LA COMMISSION FÉDÉRALE

Le D^r Robert McMurtry, conseiller spécial auprès de la Commission, a présenté l'histoire de la Commission Romanow depuis sa formation en avril 2001, moment où le Conseil privé lui confiait son mandat. La Commission a sollicité des documents de recherche et de discussion, tenu des discussions avec les intervenants et experts et renseigné sur le système en vigueur.

Le Réseau canadien de recherche en politiques publiques a tenu douze forums représentatifs de tous les groupes interculturels et socio-économiques. Il s'est tenu dix-huit consultations publiques dans tous les territoires et provinces; on tiendra en outre 9 tables rondes des intervenants; à cela s'ajouteront, en mai et en juin, cinq conférences régionales où l'on établira la synthèse de l'information recueillie.

Des forums publics permettront de tenir des débats sur les choix des consommateurs, sur les valeurs et sur la viabilité du système actuel. On s'attend que d'ici septembre, la Commission soit en mesure de valider ses conclusions et de préparer son rapport final, prévu pour novembre 2002.

Le site Web de la Commission permet d'offrir de l'information, d'éduquer le public et de recueillir ses commentaires. Il est important que tous les Canadiens et Canadiennes prennent part à ce processus d'examen du système de soins de santé. Ils ne peuvent se contenter de demeurer de simples spectateurs. « Notre système de soins de santé, c'est à nous qu'il appartient. Hockey et soins de santé, voilà les liens qui unissent tous les Canadiens et Canadiennes ». Il y a deux approches : celle du « nous » et celle du « moi ». Il faut opter pour le « nous » si on veut que notre système survive tout en demeurant fidèle aux cinq principes fondamentaux de la *Loi canadienne sur la santé* : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité.

Le D^r McMurtry a souligné que le débat actuel est essentiel à l'avenir du Canada en tant que nation souveraine, insistant particulièrement sur les points suivants :

- Il faut tenir compte du rythme de l'évolution dans ce domaine;
- C'est une question reliée à l'identité canadienne; elle a valeur d'icône;
- Il faut se pencher sur la question de la viabilité;
- Il faut nous faire créatifs, sortir des sentiers battus;
- La question fourmille de tensions; ce qu'il faut avant tout, c'est de la clarté;
- Il est temps que le public s'engage véritablement.

Il a expliqué le processus de la Commission et souligné l'importance d'une consultation à l'échelle nationale. À son avis, l'obligation de produire un rapport pour novembre a imposé des échéances serrées, quoique rendues nécessaires par le contexte politique. En conclusion,

il a affirmé que nous étions à un tournant historique pour le Canada et qu'il est important de ***prendre les bonnes décisions.***

La discussion subséquente a donné lieu aux observations suivantes :

- La consultation est souvent faussée par les simplifications des médias et la foi dans le discours anecdotique plutôt que dans les arguments fondés sur des principes;
- Les diverses initiatives provinciales ont-elles déjà amené à tourner la page? Y a-t-il danger que de telles initiatives mènent à la contestation de l'ALENA?
- La question qui nous préoccupe n'est qu'une infime partie des changements massifs que subit le monde; la création d'une option spéciale et souveraine de soins de santé pour le Canada va requérir une action méticuleuse et bien coordonnée;
- L'engagement du public sera particulièrement important lors de l'après-rapport.

Dans son mot de remerciement au D^r. McMurtry, David Pfrimmer a souligné le point selon lequel « . . .la santé d'une société ne se mesure pas à la façon dont elle traite ceux qu'elle perçoit comme 'méritants' ou 'doués', mais au degré où elle est prête à répondre aux besoins des personnes âgées, des jeunes, des pauvres, des sans-droits, des malades et des mourants. »

MODERNISER L'ASSURANCE-MALADIE POUR LE 21^E SIÈCLE **PRÉSENTATION DU D^R MICHAEL RACHLIS**

Le D^r Michael Rachlis, consultant privé et professeur associé, Department of Health Policy, Management, and Evaluation, Université de Toronto, a soutenu, dans sa présentation, que l'assurance-maladie requérait une réorganisation plutôt que l'infusion d'une masse de fonds. Le véritable enjeu du débat, c'est la qualité des soins de santé. Il ne s'agit pas de s'attarder sur les coûts au consommateur ni sur le vieillissement de la population. Il a rappelé les espoirs de l'honorable Tommy Douglas, qui avait proposé deux points :

- Procurer des soins de santé à tous, quelle que soit leur capacité de payer.
- Mettre au point d'autres manières de fournir les soins de santé

Le D^r Rachlis a souligné que Douglas avait toujours regretté que la deuxième étape de l'Assurance-maladie n'ait pas été réalisée de son vivant.

« Quel est l'état politique actuel des soins de santé? Comment insérer dans le débat public des preuves d'innovations dans les soins de santé? » a-t-il demandé.

Le Canadien moyen est encore en faveur de l'assurance-maladie, même s'il souhaite un genre différent de prestation des soins de santé. Il ne veut pas d'un système privé. Les élites politiques et économiques sont de plus en plus défavorables à l'assurance-maladie.. Le Rapport Kirby n'est pas encourageant. On peut se désoler du ton du Rapport Mazankowski, qui appuie l'ajout de dispositions « à but lucratif » dans le système public. Les échanges entre certains premiers ministres provinciaux n'aident guère. Quant aux positions de Ralph Klein et de Mike Harris, il est peu probable qu'elles reçoivent l'appui du premier ministre du Québec. Qu'en est-il des autres premiers ministres? La Commission Romanow saura-t-elle endiguer le flot? M. Romanow veut qu'on voie dans la Commission un honnête intermédiaire.

Il faut se préoccuper de la question. Nous ne sommes pas en zone neutre. Il existe des personnes disposant des ressources nécessaires pour mobiliser les médias. Des gens constatent avec inquiétude qu'on ne s'attaque pas suffisamment aux mythes.

L'augmentation des dépenses du gouvernement au chapitre des soins de santé a dépassé celle de l'indice du coût de la vie. Le système de santé n'a pas été à court de financement, mais ce dernier a diminué dans les autres domaines de financement social tels que l'éducation de la petite enfance, le logement social et d'autres domaines qui, à leur tour, influencent ces pourcentages ainsi que la santé des citoyens. Le Rapport Fyke (2001), en Saskatchewan, fait observer que « bien souvent, les bons soins coûtent moins cher que les mauvais. »

Le D^r Rachlis a ensuite énuméré certains des défis et des solutions possibles :

1. Le traitement des malades chroniques :

La proportion grandissante de malades chroniques dans la population âgée soulève des problèmes. Ce qu'il nous faut, c'est un système bien organisé de soins ambulatoires; le traitement des malades externes est essentiel. La moitié, tout au plus, de la population reçoit les meilleurs soins possibles en cas de maladie chronique.

2. Réparer le système :

Il faut faire les choses autrement. Champs de possibilités : réduction de la pression imposée aux hôpitaux; traitement de la maladie chronique; prévention de la maladie; soins communautaires pour les personnes âgées et fragiles; soins palliatifs permettant de mourir dans la dignité.

3. Partager les meilleures pratiques :

Modèle de soins palliatifs d'Edmonton; Sault Ste. Marie Group Health Care : traitement des cardiaques; meilleurs soins pour les malades extérieurs; modèles de soins holistiques.

4. Désinstitutionnaliser :

- Acheminer les ressources dans la communauté, avec les malades, et assurer un financement ininterrompu. On a besoin de ressources additionnelles en soins communautaires pour prévenir la réhospitalisation des malades.

5. Abréger la période d'attente de soins :

Faire un meilleur usage des ressources humaines; gestion de la liste d'attente. À Sault-Sainte-Marie, la centralisation des admissions pour traitement du cancer du sein a ramené de 107 à 18 jours le temps d'attente moyen entre le mammogramme de détection et la chirurgie.

On peut faire un usage plus efficace des services des médecins. L'augmentation des honoraires n'est pas nécessairement la solution. Le Canada n'a jamais eu autant de médecins qu'aujourd'hui, mais les soins qu'ils donnent sont de moins en moins globaux, ce qui amène les Canadiens à croire à une pénurie de médecins. Le médecin qui travaille en équipe avec d'autres médecins, infirmiers et infirmières et autres professionnels est

beaucoup plus productif. Dans le sud-ouest de la Saskatchewan, il y a un médecin qui, travaillant avec trois infirmiers ou infirmières, traite 3 500 personnes, soit trois fois plus que ne le fait normalement un médecin de famille.

6. Pourquoi les coûts des médicaments augmentent-ils?

Raisons possibles : Mauvaises pratiques de prescription; les médecins ne reçoivent que peu de formation en pharmacologie (étude des médicaments et de leur emploi). Les médicaments nouveaux et plus coûteux ne sont pas toujours la réponse. Recourir à des thérapies non pharmacologiques. Améliorer les pratiques de prescription. Les entreprises pharmaceutiques dépensent plus en marketing qu'en recherche et développement..

7. Comment produit-on la preuve sur l'innovation?

Il faut plus de débats publics à ce sujet. Démontrer comment on peut améliorer les choses. Les coalitions communautaires sur les soins de santé devraient se mobiliser à l'égard de la Commission Romanow et assurer le suivi du rapport.

L'innovation est un processus lent. La situation dysfonctionnelle gouvernement central/provinces est une complication. La planification à long terme des soins de santé est tributaire de la garantie d'un financement prévisible des soins de santé.

Les soins de santé primaires jouent un rôle clé dans les questions reliées à l'ensemble des soins de santé. Les Canadiens et les Canadiennes doivent se mobiliser en faveur du maintien des soins de santé tels que nous les connaissons et tels qu'il nous les faut.

Le D^r Rachlis a conclu en citant Tommy Douglas qui déclarait, en 1982 : « Courage, mes amis : il n'est pas trop tard pour construire un monde meilleur. »

La discussion qui s'en est suivie a permis aux participants de soulever certaines questions et de faire des propositions :

- On s'inquiète au sujet des cliniques privées et on affirme que les Églises et les organisations sans but lucratif pourraient être plus créatives, par exemple dans le domaine de l'aide aux personnes âgées, qui a décliné, ces dernières années.
- Il faudrait surmonter les obstacles à toute rémunération autre que celle des « honoraires pour services rendus », faire une meilleure utilisation des ressources infirmières et établir plus de cliniques multidisciplinaires.
- La « médecine organisée », telle que l'Association médicale de l'Ontario, qui rend difficile le financement d'autres modèles de prestation de soins de santé, est un obstacle au changement.
- Un système national d'achat de médicaments abaisserait le prix de ceux-ci.
- De bonnes stratégies de soins de santé primaires feraient en sorte que l'investissement dans des services de haute technologie plus avancés dans certains centres et l'utilisation de centres plus petits pour les soins de rémission, les soins

- allégés, les visites de spécialistes venus de centres plus importants et le recours à des équipes de médecins et de préposés aux soins infirmiers.
- Les « frais modérateurs » n'influent pas sur le coût global des soins de santé; en fait, ils ont tendance à augmenter les coûts en permettant aux fournisseurs de facturer à des payeurs multiples. Ils découragent les personnes à faibles revenus, d'où l'augmentation de leurs souffrances et de leur anxiété. Ce sont les riches qui ont tendance à recevoir plus de soins lorsque le paiement est versé à des sources privées.
 - Il faudrait que les médecins changent d'attitude et qu'on informe davantage les malades des mythes entourant les prestataires de soins infirmiers, afin qu'ils comprennent qu'ils ont besoin de soins, mais pas nécessairement de ceux d'un médecin.

Il faut rétablir le lien entre les soins de santé et l'ensemble de la société et retrouver les aspects spirituels et culturels des soins de santé afin d'en maintenir les aspects sociaux, sans pourtant sacrifier la rigueur scientifique.

***L'ASSURANCE-MALADIE AU CANADA : VISIONS
ET VALEURS CONFLICTUELLES***

D^R NUALA KENNY

Le D^r Nuala Kenny, ancienne sous-ministre de la Santé de la Nouvelle-Écosse, professeur et directrice du département de la Bioéthique, faculté de médecine, Université de Dalhousie, a affirmé que les personnes de toutes les religions doivent indiquer à M. Romanow quelles grandes valeurs subsistent en matière de soins de santé. Elles doivent aussi indiquer quelles valeurs concurrentes et conflictuelles émergent actuellement. C'est une question qui doit faire l'unanimité des communautés de foi.

En ce moment où les Canadiens envisagent de modifier les soins de santé, deux questions s'offrent à leur examen : « À qui profite le statu quo? Quels intérêts sont en jeu lorsqu'on ne peut pas apporter au système les changements nécessaires? »

Les paradigmes des soins de santé ont évolué. La médecine a fait bien des progrès. « La mort n'est plus la mort » (transplantation d'organes, réanimation cardiaque, génétique). On ne saurait assumer qu'il existe un ensemble de valeurs durables. Il faut examiner les valeurs, les visions et les intérêts qui sont en jeu dans la *Loi canadienne sur la santé*. Ce sont la science et la technologie qui font maintenant l'objet de la foi; le rôle et le pouvoir de l'État public ont décliné. On croit à la médecine comme on croyait en Dieu.

Le contexte de la discussion est important. Nous vivons dans un monde de science et de technologie où l'accent est mis sur l'individualisme, le rejet de l'autorité et sur les droits plutôt que sur les responsabilités. Nous sommes en présence de valeurs et de visions concurrentes.

Nous devons comprendre les valeurs traditionnelles des soins de santé (dans le présent contexte, « traditionnel » veut dire « nostalgique »). La *Loi canadienne sur la santé* concerne uniquement le Canada; elle s'adresse essentiellement aux Canadiens en tant que peuple. L'amender, ce n'est pas seulement toucher à des politiques : tout amendement entraînera de sérieuses conséquences. Qu'allons-nous faire, exactement? La vision de l'assurance-maladie exprimée par Tommy Douglas comportait deux volets :

- 1) la suppression des barrières financières séparant ceux qui dispensent les soins de ceux qui les reçoivent. (un énoncé de valeurs en soi).
- 2) la réorganiser du système de soins de santé

Les valeurs sont l'essence même de l'assurance-maladie. Il se manifeste au moins deux points de vue : « Nous sommes des Canadiens », par opposition à « Je suis un Canadien ou une Canadienne. » D^r Kenny a ensuite passé en revue les principes actuels de la *Loi canadienne sur la santé*;

- **L'universalité**: la solidarité, sans exclusions; nous sommes tous dans la même barque.
- **L'accessibilité**: accès aux médecins, aux interventions, aux hôpitaux. La valeur qui sous-tend ce principe est le concept de la justice et de l'équité. Le modèle canadien est 'égalitaire', par opposition au modèles 'libertaire' des États-Unis.
- **L'intégralité**
- **La transférabilité**
- **La gestion publique** d'un système sans but lucratif ; il est une chose importante que nous avons toujours affirmée au sujet de l'efficacité : c'est dans le secteur public qu'on peut offrir le plus efficacement un bien public. D'aucuns affirment aujourd'hui que ce n'est pas la manière gouvernementale qui est la plus efficace.. Le marché a besoin de concurrence.

Un concept clé veut que le lieu de convergence des soins de santé ait une signification morale. Les besoins de santé diffèrent des autres besoins; on les ressent dans des moments de grande vulnérabilité. Malades, nous ne sommes plus maîtres de nous-mêmes, nous sommes en état de dépendance. Les soins médicaux ne sont pas une marchandise : on n'est pas au *bazar*. Les valeurs à défendre se rattachent toutes à la justice. La conférencière a fait la distinction entre *justice* égalitaire et *justice* libertaire. Cette dernière établit le droit de l'individu à acheter ce dont il a besoin, selon ses revenus et conformément aux règles de la concurrence : c'est ce qui gouverne la plupart des aspects de notre vie. L'assurance-maladie, cependant, a besoin de la justice égalitaire, celle qui veut qu'on reçoive selon ses besoins, en vertu d'une responsabilité collective. On ne peut acheter des soins « supplémentaires ». Dans les questions de soins de santé, les Canadiens et les Canadiennes ne se contentent pas d'un jeu du marché : ils croient à l'équité. Nous voulons 'privilégier' ceux qui ont les plus grands besoins.

Il existe aujourd'hui beaucoup de valeurs contradictoires. Le Canada est le pays le plus en santé au monde, et pourtant, les Canadiens et les Canadiennes s'inquiètent toujours de leur santé. La barre est constamment relevée, de sorte qu'on ne peut répondre aux espérances en matière de santé. On s'en remet de plus en plus à la technologie. De plus en plus, on exige des choix et la liberté de choix. La médecine alternative occupe une place plus

importante que tous les produits pharmaceutiques. Autre conflit de valeurs : les grands progrès de la médecine profitent actuellement aux individus et non à l'ensemble de la société : qu'on songe à la dialyse, à la transplantation d'organes. Autrefois, les progrès de la science profitaient à l'ensemble de la société (les vaccins, par exemple).

Il y a aussi des questions de responsabilité. Nos efforts pour juguler les coûts des soins médicaux (p. ex. « Vous avez fumé, vous le méritez! ») ont donné naissance à des idées contradictoires. Le ticket modérateur, par exemple, assume qu'on recourt aux soins de santé de façon irresponsable. C'est faux. En fait, le coût de l'utilisation irresponsable ne représente qu'une portion minuscule du tableau. Ce sont là des positions dangereuses pour notre société.

Le D^r Kenny a décrié le fait que les médecins demeurent des gardes-barrières qui souvent empêchent l'introduction de nouvelles pratiques. Elle trouve également désolantes la relative ignorance des médecins quant aux nouveaux médicaments et leur confiance aveugle dans la publicité des sociétés pharmaceutiques. Les médecins sont les gardes-barrières des soins médicaux : ce sont eux, en effet, qui déterminent ce qui se dépense.

On relève aussi des valeurs conflictuelles dans la façon dont le Canada a organisé les soins de santé. On relève parmi celles-ci :

- L'autonomie
- La commercialisation
- La chosification
- La mondialisation
-

Le D^r Kenny a invité les participants à examiner en quoi les soins de santé sont, ou ne sont pas, un marché et une denrée. Elle a montré comment des influences mondiales semblent interdire toute résistance aux forces du marché. Que d'autres le fassent, a-t-elle cependant ajouté, ne le justifie aucunement.

On relève, parmi les questions sur lesquelles la conférencière a invité le Forum à se pencher :

- Quelles est la meilleure définition de 'santé'?
- Quel 'bien' représentent les soins de santé?
- À quelle conception de la justice aspirons-nous?
- Quelle place y a-t-il pour 'les soins'?
- Quel est notre processus décisionnel?

Le D^r Kenny a fait observer que si les Canadiens croient que la politique publique est une manifestation de valeurs publiques (toujours respectueuses de la diversité), il nous faut avoir suffisamment de valeurs communes pour former un pays uni. La politique joue un rôle prophétique. La politique publique peut appuyer la justice, l'équité et la compassion. La question à nous poser, c'est : « Pourquoi mettrions-nous nos valeurs de côté au nom des coûts? » C'est là où sont nos valeurs qu'il faut mettre notre argent! Des soins de santé tributaires des lois du marché ne sauraient résoudre les questions d'itinérance, des soins de fin de vie et d'autres problèmes sociaux. Les principales valeurs actuellement en jeu sont la solidarité, l'équité, la compassion, l'efficacité et le civisme.

Il s'en trouve pour vouloir 'privilégier' les bien nantis. Les sociétés d'assurances privées n'agissent pas par amour! Il faut convaincre le grand public que 'l'État' fait mieux. Quant au civisme, (1) il faut trouver nous trouver une tribune où discuter de soins de santé en tant que citoyens; (2) il faut trouver le moyen de tenir un discours civil sur les soins de santé; (3) quelles seraient les nouvelles façons de discuter de ces questions? (4) Il faut trouver le moyen de faire ressortir les intérêts contradictoires en jeu.

Les soins de santé peuvent mettre en évidence les préoccupations spirituelles et communautaires des Canadiens et des Canadiennes. Ce n'est pas là une simple question pour la forme. L'examen des changements à apporter à la *Loi canadienne sur la santé* soulève de graves questions et de grands défis.

TABLES RONDES

Le Forum s'est ensuite scindé en deux tables rondes, auxquelles on a posé la question suivante : « À la lumière des discussions tenues jusqu'ici, qu'aimeriez-vous dire à la Commission sur l'avenir des soins de santé? » Elle a suscité des réponses variées, d'où ont cependant émergé certains thèmes généraux :

APPUIS

- On a accordé un ferme appui aux cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé*;
- On a accordé un ferme appui à la prestation sans but lucratif des soins de santé.

CHANGEMENTS DE CONTEXTE

- On a reconnu les pressions mondiales exercées sur les soins de santé, particulièrement par des intérêts mercantiles.

CRÉDIBILITÉ DES POLITICIENS

- On a aussi reconnu qu'en dépit du temps considérable accordé aux soins de santé, les politiciens semblent n'aller nulle part et perdent leur crédibilité;
- On a reconnu le besoin de dissiper les mythes entourant les soins de santé (par exemple, qu'ils soient trop coûteux, que les coûts augmentent à un rythme effréné, que le système est 'en crise', que la prestation privée à fins lucratives est plus efficace). Le public soupçonne qu'on est en présence d'une crise inventée pour permettre à plus d'intérêts privés de faire des profits.

- On a reconnu que les conflits entre le gouvernement central et les provinces n'aident pas et qu'il faut instaurer des moyens de résoudre les différends qui soient à la fois transparents et publiquement comptables;
- On a reconnu que le gouvernement fédéral n'a pas besoin d'augmenter ses contributions;
- On s'est aussi dits d'avis que les « groupes d'intérêts particuliers » (sociétés pharmaceutiques, organisations de gestion des soins de santé, associations médicales, etc.) exercent une trop grande influence et ne reflètent pas les valeurs des Canadiens et Canadiennes.

RÔLE DES ÉGLISES

- Il faut interpellier les Églises à inculquer à leurs membres les valeurs nécessaires;
- Il faut que les Églises dénoncent fermement les valeurs destructrices qui exercent un impact sur la santé des gens et des communautés;
- Il faut que les Églises aident les décideurs et le public à comprendre la valeur du « bien commun », chose difficile pour quiconque n'a jamais connu la vulnérabilité et la marginalisation qu'entraînent une maladie grave, la pauvreté ou le chômage.

PROPOSITIONS

- On a proposé une deuxième loi parallèle prévoyant d'étendre le système de la prestation de l'assurance-médicaments, des soins à domicile, des soins palliatifs et des soins en foyer d'accueil.
- On a suggéré de trouver d'autres moyens de partager les « meilleures pratiques » à l'échelle du pays.
- On a exprimé un appui à la réforme des soins primaires, et en particulier à une approche multidisciplinaire faisant appel aux services de divers professionnels des soins de santé.

LA QUESTION DU CANADA

- On s'est dit d'avis que « si nous ne sortons pas vainqueurs de notre combat pour préserver et renforcer l'assurance-maladie, c'est notre pays que nous allons perdre. » De l'avis de plusieurs, si nous ne bâtissons pas un système fondé sur nos valeurs, nous ne pourrons pas nous pencher sur d'autres problèmes, telles la pauvreté et l'itinérance, en nous appuyant sur nos valeurs collectives. « Cette lutte, c'est pour nos âmes que nous la livrons. »

DES ÉCHOS DE TOUS LES COINS DU PAYS – PLÉNIÈRE FINALE

Le Forum a invité une table ronde formée de personnes de tous les coins du Canada à réfléchir sur ce qu'elles avaient retenu de la conversation et sur les implications pour leur région du pays.

M. Don Junk, ancien sous-ministre de la Santé en Alberta, a fait observer que c'est à tort que l'on croit que l'Alberta est en tête du pays dans la tourmente où se retrouvent les soins de santé. En fait, les soins sont actuellement de très bonne qualité. Il a ajouté qu'il était moins emballé par le Rapport Mazankowski. Personne n'est encore certain des implications de ce dernier pour l'Alberta. Les dépenses en soins de santé ont décliné de 1991 à 1995, pour remonter de 1995 à 2000; on retourne actuellement au niveau de dépenses de 1991. En septembre 2000, le gouvernement fédéral a versé des sommes considérables dans le système; aucune conditions n'étaient cependant liées à ces dernières et les politiciens ne se sont nullement engagés à affecter ces sommes aux soins de santé.

En fait, on risque, ces temps-ci, de voir la question de la sécheresse reléguer au second plan celle des soins de santé. On s'inquiète du battage médiatique qui entoure la question des soins de santé. Les implications de l'ALENA inquiètent également. Le tiers des autorités régionales de la santé sont des personnes élues antérieurement. Le nouveau régime va changer sensiblement le débat. Les commissions rurales de soins de santé sont actuellement présidées par des anciens ministres du cabinet, ce qui crée beaucoup d'incertitude. On remet aussi en question le maintien des cinq principes de la santé enchâssés dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Que faut-il dire à la Commission Romanow?

- Il faut insister sur nos valeurs fondamentales.
- La pauvreté est une véritable menace au bien-être.
- Il faut s'occuper des vulnérables de notre société.
- Maintenir le sens de communauté.
- La 'communauté' ne se définit pas par la géographie ni par les marchés; les soins de santé transcendent ces limites.
- Se pencher sur la question des membres 'méritants/non méritants' de la communauté.
- Trouver des solutions de rechange à l'utilisation des médicaments comme unique traitement; examiner le problème de l'augmentation des coûts des médicaments.
- Nécessité d'une augmentation du financement fédéral, qui va de pair avec l'amélioration du système (la réduction des impôts n'est pas la solution).
- Il faut souligner l'importance de dénoncer les 'mythes' qui entourent actuellement les systèmes.

De retour chez nous, qu'allons-nous faire? Il y a là un important défi. Les gens ne savent plus où donner de la tête, particulièrement par la faute des médias. Il faut dissiper le mythe selon lequel le secteur privé peut dispenser des meilleurs soins plus efficacement.

Comment pouvons-nous 'réparer' le « problème de l'accessibilité? ». Beaucoup sont las du débat et veulent simplement qu'on 'répare' le système sans plus tarder. Il s'agit, avant tout, d'exercer des pressions sur nos élus, d'entreprendre l'éducation du public et d'œuvrer à la préservation de nos valeurs. Le problème se pose de façon aiguë dans le pays entier.

Sœur Lucille Goulet, ssa, du Comité de justice sociale de la Conférence religieuse du Canada, section Québec, a fait observer qu'on s'appauvrit de plus en plus parce que les coupures dans les soins de santé et la pénurie de soins à domicile adéquats affectent un grand nombre de personnes, particulièrement des femmes, des enfants et des familles monoparentales..

Au Québec, la Commission Clair recommande d'augmenter le nombre des infirmiers et infirmières afin d'améliorer le système. Il se trouve cependant que beaucoup d'entre eux ont quitté le système et le nouveau personnel manque d'expérience. L'argent n'est pas l'unique solution du problème. Le ministère de la santé a vu se succéder, ces derniers temps, trois ministres provinciaux, qui ont tous recherché des solutions. Les Québécois et Québécoises sont intéressés par la Commission Romanow, quoi qu'en dise le gouvernement provincial.

À la lumière de la discussion entourant la privatisation, la Commission Clair revêt plus d'importance que jamais. Les cliniques de soins familiaux exercent un contrôle serré sur l'accès des malades aux services de santé. Il n'y a pas de solution miracle à la question des fusions d'hôpitaux. Ces dernières ne peuvent résoudre à elles seules le problème des retards dans les interventions chirurgicales. Beaucoup se tournent vers le régime privé pour recevoir des soins plus rapidement.

Le Réseau québécois de la santé va faire les observations suivantes à la Commission Romanow :

- Maintenez la *Loi canadienne sur la santé* et ses cinq principes.
- Les valeurs n'ont pas toujours de poids commercial, mais la santé n'est pas une marchandise.
- Ce qu'il nous faut, c'est un système de santé humain et accessible.
- Les soins à domicile ne fonctionnent pas bien. Il y a des personnes qui sont incapables d'y accéder, tandis que beaucoup d'autres doivent quitter leur emploi pour prendre soin de leurs parents.

La classe moyenne se rapproche plus que jamais de la classe moins fortunée. La Conférence religieuse canadienne va dire « non » à la privatisation du système de soins de santé.

Le D^r Jan Storch, professeur et directeur de l'École de nursing à l'Université de Victoria, a décrit en décembre 2001 un rapport préparé en Colombie-Britannique en conformité d'un mandat confié en août.

Voici les principes qu'on y énonçait :

- Équité
- Soins axés sur le malade
- Responsabilisation
- Restructuration du système

On relève, au nombre des propositions du rapport de la C.-B., la santé en tant qu'avantage impossible, l'augmentation des primes, la privatisation et le recours à la caisse d'épargne-santé. On a insisté sur l'utilisation inappropriée du système. On a largement blâmé le consommateur de soins de santé.

Les gens se sentent impuissants. Des députés affirment qu'il est important de parler au premier ministre Campbell, puisque c'est lui qui décide. On est déçus de l'opinion qu'il se fait de son rôle et de celui de son gouvernement. De l'avis d'un des ministres du cabinet, « nous vivons dans un monde où le riche s'enrichit tandis que le pauvre s'appauvrit. »

Les Églises peuvent faire beaucoup pour changer les attitudes à l'endroit du glissement des valeurs. Elles peuvent créer des cas permettant de démontrer les valeurs que nous chérissons. Elles peuvent rallier les citoyens et citoyennes du Canada, particulièrement leurs propres membres. Elles peuvent montrer la différence entre la parole et l'action. Les Églises pourraient proposer une « charte des soins de santé » qui inclurait :

- Un énoncé de croyances fondé sur des 'valeurs'.
- À quoi ressembleraient les soins de santé primaires? Leur donner un sens et suggérant des modèles clairs.
- Discussion de l'utilisation appropriée de la technologie médicale.

Le D^r Storch a conclu que « Les exigences actuelles sont créées, non par une pénurie de ressources, mais par notre refus de les partager. »

OBSERVATIONS FINALES

ERIC BEREFORDS ET JANET SOMMERVILLE

Le Rév. D^r Eric Beresford, Consultant en éthique et relations interreligieuses, Église anglicane du Canada, a rassemblé quelques-uns des fils de la conversation du Forum. Il a observé que pour que les Églises puissent aider à ce débat, il faudrait situer les questions dans un cadre théologique. Le débat doit refléter notre expérience et notre histoire en tant que communauté. On doit reconnaître qu'il se fait des choix moraux en fonction d'intérêts particuliers. Les nôtres se fondent sur l'identification aux vulnérables, aux pauvres, aux exclus et aux marginalisés. Vues sous cet angle, les choses paraissent tout autres.

Les Canadiens et les Canadiennes, a-t-il poursuivi, doivent se montrer prudents devant notre préférence pour le « nous » et le « moi ». Il faut nous demander : « Pourquoi refusons-nous d'adopter certains des modèles présentés par le D^r Rachlis? » Il est revenu sur l'observation du D^r Kenny, selon laquelle il est important de faire une place à un discours civil et aux modèles alternatifs. Le D^r Beresford a fait remarquer que c'est dans les églises que se détermine dans quelle mesure les Églises modèlent la communauté.

Les Églises sont en contact avec tous les niveaux de la société civile : le municipal, le provincial et le national. Nous avons une influence politique. Il faut que la discussion reflète les particularités régionales. On ne peut s'en tenir à une seule approche commune. Les approches et les critiques doivent refléter les disparités et besoins régionaux. Nous sommes

à la fois une communauté et des communautés, ce qui donne aux Églises un mécanisme permettant de parer à l'assaut que subissent actuellement nos valeurs.

Janet Somerville, secrétaire générale du Conseil canadien des Églises, a conclu la journée par des remerciements aux organisateurs et aux participants. Le débat sur les soins de santé, a-t-elle fait observer, nous force à nous demander ce que la justice signifie vraiment dans la société humaine. Nourrir un système de soins de santé vraiment bon, c'est faire écho au souci de Dieu pour sa création. C'est refléter notre vision de ce qu'est Dieu et de son amour passionné de la vie dans sa création. « Aime ton prochain comme toi-même ». « Qui est ton prochain? » Voilà la Loi!

M^{me} Somerville concluait la journée par le psaume 139 :

Seigneur, tu m'as scruté et tu me connais;
que je me lève ou m'assoie, tu le sais; de loin tu discernes mes projets;
tu surveilles ma route et mon gîte, et toutes mes voies te sont familières.
Un mot n'est pas encore sur ma langue, et déjà, SEIGNEUR, tu le connais.
Derrière et devant, tu me serres de près, tu poses la main sur moi.
Mystérieuse connaissance qui me dépasse, si haute que je ne puis l'atteindre!
Où irai-je, loin de ton esprit? Où fuirai-je pour être loin de ta face?
Je gravis les cieux, te voici; qu'au shéol je me couche, te voici.
Je prends les ailes de l'aurore, je me loge au plus loin de la mer,
là encore ta main me conduit, ta droite me tient.
Je dirai : « Que les ténèbres m'engloutissent, que la lumière sur moi se fasse nuit »
Même les ténèbres ne sont pas ténébreuses pour toi, et la nuit illumine comme le jour!
C'est toi qui as créé mes reins, qui m'as tissé au ventre de ma mère.
Je confesse que je suis une vraie merveille, tes œuvres sont prodigieuses; oui, je le reconnais bien.
Mes os n'étaient point cachés de toi, lorsque j'ai été faite dans le secret, tissée dans une terre profonde.
Je n'étais qu'une ébauche et tes yeux m'ont vue. Dans ton livre ils étaient tous décrits, ces jours formés quand aucun d'eux n'existait.
Dieu! que tes projets sont difficiles pour moi, que leur somme est élevée!
Je voudrais les compter, ils sont plus nombreux que le sable. Je me réveille, et me voici encore avec toi.
Dieu! Si tu voulais massacrer l'infidèle! Hommes sanguinaires, éloignez-vous de moi.
Tes adversaires disent ton nom pour tromper, ils le prononcent pour nuire.
SEIGNEUR, comment ne pas haïr ceux qui te haïssent, ne pas avoir en dégoût ceux qui se dressent contre toi?
Je les hais d'une haine parfaite, ils sont devenus mes propres ennemis.
Sonde moi, ô Dieu, connais mon cœur; éprouve-moi et connais mes soucis.
Vois donc si je prends le chemin périlleux, et conduis-moi sur le chemin de toujours.

ANNEXE I

UNE ALLIANCE SUR DES SOINS DE SANTÉ POUR TOUS AU CANADA

Préambule

Pour nous tous, Canadiens et Canadiennes, c'est le souci du bien-être d'autrui qui détermine qui nous sommes en tant que communauté nationale. Nous savons aussi que nos devoirs mutuels sont essentiels à notre identité comme peuple. Forts de ces convictions, nous avons conféré à nos gouvernements le pouvoir de veiller sur nos ressources publiques et de formuler et administrer des politiques sociales en vue du bien commun de tous, en conformité de l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies :

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

En signant la Charte de l'Organisation mondiale de la santé, nous, Canadiens et Canadiennes, nous sommes engagés envers une vision holistique du bien-être qui définit la 'santé' comme [...] *un état de complet bien-être physique, mental et social et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité.*

En tant que membres d'une communauté nationale, les Canadiens savent qu'une communauté promeut et nourrit la santé par la compassion, la mutualité, l'aide, la confiance, le respect et une attention active à ce que la justice exige de nous.

Dans l'acquiescement de nos responsabilités mutuelles, nous et nos gouvernements promettons d'entretenir activement et de sauvegarder une vision holistique et intégrée des soins de santé pour tous les citoyens du Canada.

Une alliance sur les soins de santé pour tous au Canada

Par l'intermédiaire du gouvernement, nous, Canadiens et Canadiennes, nous engageons à :

Universalité, intégralité et transférabilité

- offrir aux familles et aux communautés un accès à des services de santé complets accordant la priorité à la valeur et à la dignité de la personne entière et à ses besoins biologiques, émotifs, physiques et environnementaux, quel que soit son lieu de résidence au Canada;

Solidarité et justice sociales

- maintenir un système de soins de santé permettant à toutes les personnes du Canada de partager les bienfaits de la santé et le fardeau de la maladie, en témoignant particulièrement de compassion pour les faibles, de souci des vulnérables, de solidarité avec le prochain et d'un engagement envers la justice sociale pour tous;

Accès pour tous les Canadiens et Canadiennes

- garder intact un système de soins de santé qui s'adresse à tous les Canadiens et Canadiennes sans exception, sans égard à la race, à la couleur, à l'orientation sexuelle, aux aptitudes, à l'invalidité, à l'origine ethnique, à la langue, au lieu de résidence, à la condition économique, à la religion ou à tout autre caractère distinctif;

Santé et bien-être de la société

- créer, dans une approche systémique, des politiques publiques intégrant intentionnellement à la santé les déterminants sociaux, économiques, culturels et environnementaux du bien-être;

Droits de la personne et bien public

- assurer que l'accès aux soins de santé sera maintenu comme droit de la personne et droit public, reconnaissant que les interactions en matière de soins de santé représentent pour les gens des gestes de compassion; les soins de santé ne sont pas une marchandise;

Valoriser la vocation et la contribution de tous les dispensateurs de soins de santé

- utiliser à leur maximum les compétences des professionnels de la santé, dont les praticiens autochtones visés par la Loi canadienne sur la santé, et valoriser la vocation de tous ceux qui dispensent des soins, que ce soit contre rémunération ou bénévolement;

Gestion et responsabilisation

- faire en sorte que la gestion demeure publique et limiter la prestation de soins à but lucratif au moyen de règlements fédéraux et provinciaux mutuellement réalisables qui puissent assujettir à des normes de responsabilisation publique un système dont l'objectif est de répondre aux besoins de soins de santé des personnes, des familles et des communautés;

Collaboration et partage des responsabilités

- établir et entretenir un système de soins de santé fondé sur les principes de la collaboration et du partage des responsabilités entre les gouvernements et les fournisseurs de soins, et non sur la concurrence et les impératifs du marché;

Participation et prise de décision

reconnaître que la santé est un bien unique pour les personnes, les familles et les communautés et affirmer, en conséquence, le droit de tous à participer aux décisions qui affectent leur personne et leur santé.