

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



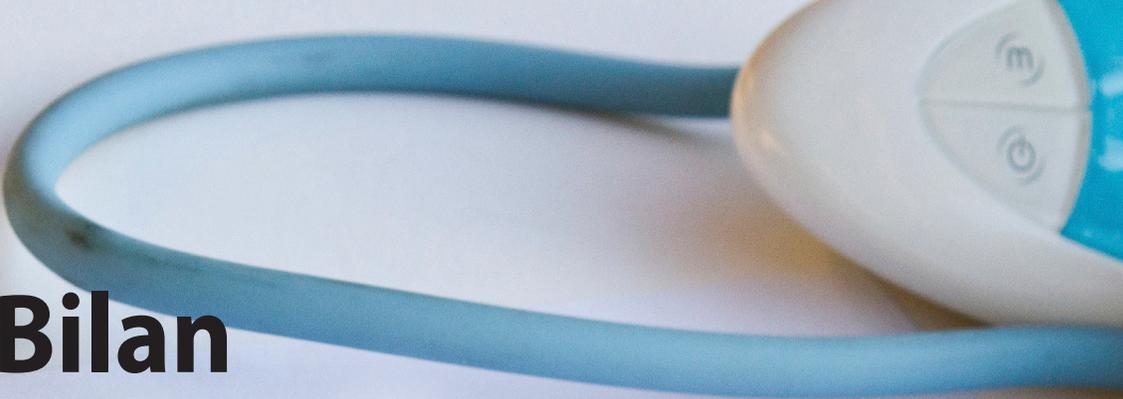
LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Le rôle du gouvernement fédéral dans les services de santé

Bilan 2013

Document de référence

OCTOBRE 2013



Bilan

 VERT

Un **feu vert** indique que le gouvernement fédéral exerce un leadership dynamique; nous l'encourageons à poursuivre son engagement dans ces secteurs.

 JAUNE

Un **feu jaune** indique que le gouvernement a posé des gestes, mais pourrait faire mieux.

 ROUGE

Un **feu rouge** indique que le gouvernement fédéral est demeuré inactif. Ces secteurs nécessitent une attention immédiate. Un feu rouge est une invitation à passer aux actes!

1. Des soins accessibles partout

a. Un médecin de famille pour chaque Canadien et Canadienne	FEU JAUNE
b. Soutien du modèle du <i>Centre de médecine de famille</i>	FEU ROUGE
c. Accès en temps opportun	FEU JAUNE
d. Stratégie nationale d'immunisation	FEU ROUGE
e. Soutien au dossier électronique	FEU JAUNE
f. Programme national de soins à domicile	FEU ROUGE
g. Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques	FEU JAUNE

2. Les soins aux plus vulnérables

a. Stratégie nationale sur la pauvreté	FEU ROUGE
b. Stratégie nationale sur l'itinérance	FEU VERT
c. Programmes de santé pour les Premières Nations	FEU JAUNE
d. Stratégie nationale sur la santé mentale et les dépendances	FEU JAUNE
e. Stratégie pour l'enfance et la jeunesse	FEU ROUGE

3. Nombre suffisant de prestataires de soins de santé

a. Surveiller l'offre et la demande et viser l'équilibre	FEU JAUNE
b. Prendre soin des soignants	FEU JAUNE

4. Créer une vision des services de santé et mesurer la performance

a. Stratégie nationale sur la santé	FEU ROUGE
b. Financement de la santé	FEU JAUNE
c. Objectifs de santé nationaux	FEU ROUGE
d. Soins en milieu rural ou éloigné	FEU JAUNE
e. Soutien à la première ligne	FEU ROUGE

5. Soutenir la recherche en santé

a. Financement approprié de la recherche en santé	FEU JAUNE
b. Financement approprié de la recherche en soins de première ligne	FEU JAUNE
c. Données adéquates pour orienter de nouvelles politiques	FEU JAUNE
d. Mieux communiquer la recherche pour la transposer en politiques et en action	FEU JAUNE

Nous vous invitons à soumettre vos questions et commentaires sur ce document au healthpolicy@cfpc.ca

Secteur 1

Des soins accessibles partout

SECTEUR 1 — DES SOINS ACCESSIBLES PARTOUT

a) Un médecin de famille pour chaque Canadien et Canadienne

- 85 % des Canadiens ont un médecin de famille.
- Des plans provinciaux non uniformisés gèrent les patients « orphelins ». L'absence de stratégie nationale mène à des disparités entre provinces dans l'accès aux médecins de famille.
- Le gouvernement fédéral peut faciliter la réalisation du concept des CMF du CMFC : d'ici 2020, tous les Canadiens et Canadiennes auraient un médecin de famille et, d'ici 2022, tous les Canadiens et Canadiennes auraient un médecin de famille dont la pratique est constituée en CMF.

Feu  JAUNE

b) Soutien du modèle du Centre de médecine de famille

- [Le Centre de médecine de famille](#) (présenté par le CMFC en septembre 2011) veut améliorer le modèle de l'équipe de soins centrée sur le patient ainsi que les résultats en santé. Ce modèle est soutenu par l'opposition officielle (NPD) et par le Parti libéral, mais il ne fait pas partie des projets en santé du gouvernement actuel.
- Ni le gouvernement fédéral ni les provinces ne se sont dotés de fonds dédié à des pratiques appliquant les principes du Centre de médecine de famille.
- Des modèles de pratique incorporent certains éléments des CMF dans la plupart des provinces (FHT/FGH en ON, *Primary Care Networks* en AB, *Primary Care Teams* en N-É etc.). En l'absence d'engagement fédéral, on trouve peu d'uniformisation à travers le pays.

Feu  ROUGE

c) Accès en temps opportun

- En 2004, l'établissement, par les premiers ministres, de temps d'attente maximaux de référence (en cancer, maladies cardiaques, imagerie diagnostique, remplacement articulaire et restauration de la vue) constituait un élément majeur du premier [Plan décennal pour consolider les soins de santé](#). Le gouvernement fédéral n'a pas renouvelé les *Accords sur les soins de santé*, avec pour conséquence un manque de leadership stratégique et de priorisation en santé, particulièrement pour les problèmes persistants tels que l'accès en temps opportun.
- Le rapport de 2012 de l'*Alliance sur les temps d'attente* montre une baisse de performance dans les services aux patients dans les cinq secteurs prioritaires.
- Le programme de [Garanties sur les délais d'attente pour les patients](#), en vigueur en 2007-8 et 2009-10, octroyait des fonds aux provinces pour établir des cibles de temps d'attente pour certaines interventions. Il s'agissait d'un investissement unique, non renouvelé après 2009-10, ce qui en limitait l'efficacité à long terme.

- *L'Initiative nationale de réduction des temps d'attente* (2006-7-2008-9) a apporté un financement limité en soutien aux objectifs des *Accords sur les soins de santé* de 2004. Les fonds étaient limités, mais ils ont permis de financer plusieurs projets ayant contribué significativement à notre compréhension du problème des temps d'attente.

Feu  **JAUNE**

d) Stratégie nationale d'immunisation

- Il n'existe pas actuellement de stratégie nationale d'immunisation au Canada.
- La *Stratégie nationale d'immunisation* (SNI) lancée en 2003 (300 millions de dollars), qui a pris fin en 2009-10, est « en voie de révision » par le gouvernement fédéral depuis 2009. Une nouvelle SNI serait « imminente », mais rien n'est en place pour l'instant.
- La SNI, qui donnait aux provinces et territoires (P/T) une structure et des objectifs communs, a permis à certaines juridictions d'offrir des vaccins déjà disponibles ailleurs au Canada. À l'expiration du fonds de fiducie, les coûts ont été transférés aux P/T.
- Les différences entre les programmes des P/T rendent difficile un accès équitable aux vaccins.
- Le rôle du *Comité canadien d'immunisation* (CCI) est de guider les P/T vers l'uniformisation de leurs programmes, mais, comme la santé est de juridiction P/T, ses recommandations sont rarement appliquées.
- Le *Comité consultatif national de l'immunisation* (CCNI) émet des recommandations sur l'utilisation de vaccins spécifiques après évaluation approfondie des produits et de la recherche sur ces produits. Malgré la valeur reconnue de ses recommandations, celles-ci se traduisent rarement en politiques et pratiques dans les P/T.
- L'immunisation est perçue comme relevant de la pédiatrie, avec pour résultat des lacunes dans l'immunisation des adultes.

Feu  **ROUGE**

e) Soutien au dossier médical électronique (DMÉ)

- *L'inforoute santé du Canada* est financée par le gouvernement fédéral. Elle investit conjointement avec chaque province et territoire afin d'accélérer l'élaboration et l'adoption de projets technologiques d'information et de communications au Canada.
- Bien que l'adoption proprement dite du DMÉ soit près d'atteindre la masse critique au Canada, il n'existe aucune uniformisation de la gestion de l'information et les solutions utilisées par les médecins des diverses juridictions ne permettent pas d'échange. Ces limitations diminuent la valeur des informations colligées dans les DMÉ, lesquelles pourraient autrement représenter une source inestimable de données sommaires. La capacité d'extraire et d'utiliser les données des DMÉ est limitée.

- L'inforoute n'a pas indiqué aux médecins quel DMÉ avait sa préférence.

Feu  **JAUNE**

f) Programme national de soins à domicile

- Il n'existe actuellement aucun programme national de soins à domicile.
- La *Loi canadienne sur la santé* ne considérant pas comme « médicalement nécessaires » les soins à domicile, les programmes publics de soins à domicile varient énormément entre juridictions en matière de critères d'admissibilité, de services couverts et de ticket modérateur.
- Le budget fédéral 2013-14 a introduit une exemption fiscale pour soins à domicile, ce qui a allégé légèrement le fardeau financier. De plus, l'exemption fiscale pour aidants familiaux a apporté une reconnaissance supplémentaire des besoins dans ce secteur.
- La réforme des transferts en matière de santé comprenait des fonds dédiés aux soins à domicile entre 2003 et 2007-08 :
 - 16 milliards de dollars pour la première ligne, les soins à domicile et la couverture des médicaments onéreux jusqu'en 2007-08.
 - Incorporés par la suite dans les transferts TCS/TCPS.
- En 2004, les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux se sont entendus sur une assurance au premier dollar pour les services à domicile dans trois secteurs. L'entente du *Plan décennal pour consolider les soins de santé* (2004) comprenait le financement de :
 - soins aigus à court terme : deux semaines de gestion de cas, médicaments intraveineux reliés au diagnostic de départ, soins infirmiers et soins personnels;
 - soins à court terme en santé mentale à domicile : deux semaines de gestion de cas et de services de gestion de crise;
 - soins de fin de vie : gestion de cas, soins infirmiers, médicaments particuliers aux soins palliatifs et soins personnels en fin de vie.
- En 2004, le gouvernement fédéral inaugurait les *Prestations de compassion*.
- En 2007, les ministres de la Santé rapportaient que l'ensemble des P/T avait posé les premiers jalons vers la réalisation des engagements en soins communautaires et en soins à domicile pris lors des Accords de 2004.
- On retrouve des disparités non seulement entre provinces et territoires, mais également à l'intérieur de chaque région. On observe des disparités dans l'accès aux services, le type de services offerts, le type d'utilisation et le paiement de quote-part ou de ticket modérateur. L'accès à des services à domicile appropriés demeurera un défi tant que les décideurs ne réaliseront pas l'importance de ces services dans un système de santé en mutation et ne s'attelleront pas à rendre la distribution de ces services plus équitable à travers le pays.

Feu  **ROUGE**

g) Stratégie nationale en matière de produits pharmaceutiques

- Dans la *Stratégie nationale en matière de produits pharmaceutiques* (SNPP), lancée en 2004, les gouvernements s'engageaient à faire du paiement des médicaments une priorité. Il en a résulté une collaboration F/P/T, laquelle s'est malheureusement essoufflée après 2008.
- Le gouvernement fédéral finance ou facilite le remboursement des médicaments pour les groupes sous sa juridiction (p. ex. : Premières Nations, vétérans, Forces armées, détenus des institutions fédérales).
- Les Canadiens ne disposent toujours pas d'une telle couverture, ni d'autres importantes réformes promises (comme le rapporte le *Conseil canadien de la santé* dans [La stratégie nationale en matière de produits pharmaceutiques : une ordonnance non remplie](#)). En septembre 2008, les ministres de la Santé des P/T ont déclaré qu'ils ne pourraient avancer dans plusieurs secteurs - particulièrement le remboursement des médicaments onéreux - si le gouvernement fédéral ne prenait pas l'initiative et ne partageait pas les coûts.
- Le remboursement total des médicaments est accordé aux aînés et aux bénéficiaires de l'aide sociale.
- Le gouvernement fédéral a investi 16 milliards de dollars sur 5 ans (de 2003-04 à 2007-08) dans un *Fonds pour la réforme de la santé* offrant aux P/T les moyens financiers d'améliorer les services de santé de diverses façons, notamment en élargissant le remboursement des médicaments onéreux.
 - Incorporés par la suite dans les *Transferts canadiens en matière de santé*.
- Actuellement, l'ensemble des P/T a mis en place une forme de remboursement des médicaments onéreux. Les plans diffèrent quant aux critères de remboursement. Le seuil de remboursement va en général de 2 % à 6 % du revenu familial net, mais certaines régions utilisent un montant seuil (Québec) ou encore remboursent à 100 % (Nunavut).
- Le problème du remboursement des médicaments onéreux semble avoir été totalement dévolu aux provinces. Plusieurs programmes existent, mais sans uniformisation. La législation visant les pénuries de médicaments nécessite d'être retravaillée (travail en cours).

Feu



JAUNE

SECTEUR 2

Les soins aux plus vulnérables

SECTEUR 2 — LES SOINS AUX PLUS VULNÉRABLES

a) Stratégie nationale sur la pauvreté

- **Il n'existe pas de stratégie nationale sur la pauvreté**, mais divers programmes provinciaux non uniformisés.
- Le *Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées* a produit, en 2010, un rapport intitulé « [Plan fédéral de réduction de la pauvreté : travailler en partenariat afin de réduire la pauvreté au Canada](#) ». La réponse gouvernementale était axée sur la réduction de la pauvreté à travers la participation au marché du travail, la sécurité économique et le logement. La sécurité économique était mesurée par les dépenses pour l'éducation postsecondaire et les TCS/TCPS, car le gouvernement soutient que « bon nombre des initiatives visant l'amélioration de la sécurité et du mieux-être économiques des Canadiens relèvent des provinces et des territoires ».

Feu  ROUGE

b) Stratégie nationale sur l'itinérance

- En 1999, le gouvernement du Canada a lancé l'*Initiative nationale pour les sans-abri* (INSA), qui mettait l'accent sur l'importance des réponses communautaires au problème des sans-abri à travers le financement de 61 entités relevant de « *Collectivités désignées* », chacune responsable, localement, de la planification, des décisions et de la distribution des fonds.
- En avril 2007, l'INSA a été renommée *Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance* (SPLI). La SPLI soutient les programmes communautaires de lutte à l'itinérance. En septembre 2008, le gouvernement a engagé plus de 1,9 milliard de dollars sur 5 ans pour le logement et la lutte à l'itinérance, dont le renouvellement de deux ans de l'INSA et l'engagement de maintenir un financement annuel pour le logement et la lutte à l'itinérance jusqu'à mars 2014. Dans le cadre de cet engagement, le gouvernement du Canada a reconduit l'INSA d'avril 2011 à mars 2014.
- En mars 2013, l'INSA a été reconduite pour 5 ans par le gouvernement fédéral, avec un engagement de 119 millions de dollars. Ce montant représente une baisse des dépenses annuelles (par rapport à 134,5 millions de dollars), mais l'engagement renouvelé représente également un changement de priorités.
- Le budget 2013 allouait également 253 millions de dollars par année pendant 5 ans (plus de 1,25 milliard de dollars en tout) pour renouveler l'*Investissement dans le logement abordable*.
- Les provinces et les territoires peuvent dépenser l'argent de diverses manières : construction, rénovation, aide pour l'accès à la propriété, contribution au loyer, aide aux refuges et aide aux victimes de violence familiale.

Feu  VERT

c) Programmes de santé pour les Premières Nations

- L'*Organisation nationale de la santé autochtone* (ONSA) a été établie en 2000, après la *Commission royale sur les peuples autochtones*, afin de faire face aux problèmes de santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis. À travers Santé Canada, le gouvernement fédéral a coupé entièrement les fonds de l'*Organisation nationale de la santé autochtone* (ONSA) en avril 2012.
- En 2006, l'*Institut de la statistique des Premières Nations* a été créé dans le cadre de la *Loi sur la gestion financière des premières nations* (LGFPN). Dans le budget de mars 2012, le gouvernement fédéral du Canada annonçait qu'il retirerait tout financement à l'*Institut de la statistique des Premières Nations* (ISPN) à partir de 2014.
- Le budget de 2013 contenait plusieurs additions concernant les Premières Nations :
 - 52 millions de dollars sur deux ans pour améliorer les services de santé des Premières Nations et des Inuits, dont les services en santé mentale.
 - 24 millions de dollars sur deux ans pour le *Programme de prévention de la violence familiale*.
 - Financement des refuges et des programmes de prévention de la violence dans les réserves.
 - 4 millions de dollars sur deux ans pour augmenter le nombre d'équipes en santé mentale desservant les communautés des Premières Nations.
 - 33 millions de dollars sur deux ans pour soutenir les services de police dans les communautés des Premières Nations et des Inuits, et 3 millions de dollars sur deux ans pour augmenter les effectifs policiers des Premières Nations affectés à la contrebande du tabac.
 - Ce changement d'orientation vers la répression pourrait avoir des impacts sanitaires négatifs pour les communautés des Premières Nations.
 - 54 millions de dollars sur deux ans pour assurer une réponse rapide à certaines plaintes particulières.
 - De plus, l'Agence de santé publique du Canada va réallouer 2 millions de dollars pour améliorer la collecte de données et le signalement en santé mentale, comme l'avait recommandé la *Stratégie de santé mentale du Canada*.
- En 2008, création en partenariat du *First Nations Health Council* de Colombie-Britannique. Ce conseil comprenait un *Comité tripartite sur la santé des mères et des enfants autochtones*, composé de représentants des communautés (Premières Nations, Inuits, Métis) ainsi que des services de santé fédéraux et provinciaux, dans le but de mettre en place des initiatives de santé maternelle et infantile.
- Le [Programme canadien de nutrition prénatale](#), qui finance un vaste programme communautaire à gestion locale, est fourni par l'entremise de l'Agence de santé publique du Canada.
- Le *Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves* (PAPAR) fait partie d'un groupe de quatre programmes communautaires (dont le programme *Santé des mères et des enfants*, le *Programme canadien de nutrition prénatale — composante des Premières Nations et Inuits*, et le *Programme de prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale*) visant à améliorer la santé des personnes, des familles et des communautés chez les Premières Nations et les Inuits. L'évaluation de groupe complétée en 2009-2010 incluait le PAPAR.
- Le programme national *Santé des mères et des enfants*, délivré par des partenariats, s'appuie

sur d'autres programmes communautaires. Son approche proactive, préventive et stratégique promeut, dans les réserves des Premières Nations, la santé et le sain développement des femmes enceintes et des familles comprenant des bébés et des enfants en bas âge. Le programme veut rejoindre l'ensemble des femmes enceintes et des nouveaux parents et offrir un soutien à long terme aux familles nécessitant des services additionnels.

Feu  JAUNE

d) Stratégie nationale sur la santé mentale et les dépendances

- Santé Canada a financé la *Commission de santé mentale du Canada* (CSMC), dotée d'un mandat de 10 ans (2007-17), comme catalyseur visant à améliorer le système de santé mentale et à changer les attitudes et les comportements des Canadiens et Canadiennes sur les problèmes de santé mentale. Grâce à son mandat unique de Santé Canada, la CSMC regroupe des chefs de file et des organisations de tout le pays afin d'accélérer ces changements.
 - La CSMC a produit, en 2012, une [Stratégie en matière de santé mentale](#). Jusqu'à présent, le gouvernement fédéral n'a transposé aucune des recommandations en législation.
- Le gouvernement fédéral a émis sa [Stratégie nationale antidrogue](#) en 2007. La stratégie repose sur trois piliers : prévention, traitement et répression. Toutefois, la législation adoptée par le gouvernement fédéral met surtout l'accent sur la répression, aux dépens du traitement, de la prévention et de la réduction des méfaits comme quatrième pilier d'une politique antidrogue.
- Les gestes posés par le gouvernement fédéral en matière de santé mentale et de dépendances ont comporté des changements de politique importants.
 - Le changement d'orientation de la loi C-54 (*Loi sur la réforme de la non-responsabilité criminelle*) va à l'encontre des données scientifiques actuelles sur le traitement des maladies mentales et sur la récidive.
- Le gouvernement fédéral a tenté de bloquer l'adoption d'une approche de santé publique en matière de politiques sur les dépendances, comme l'illustrent les [répercussions de leur nouvelle législation sur les sites supervisés de consommation de drogue](#).
- À travers Service Correctionnel Canada, le gouvernement fédéral a fermé le centre de recherche sur les dépendances ([Addictions Research Centre, ARC](#)) de Montague, à l'Île-du-Prince-Édouard. L'ARC avait été créé en 1999 pour faire progresser la recherche sur les problèmes de dépendance dans le cadre de la justice criminelle.

Feu  JAUNE

Stratégie pour l'enfance et la jeunesse

- Il n'existe ni stratégie ni plan d'ensemble fédéral sur l'enfance et la jeunesse au Canada.
- Depuis 2009, plusieurs gouvernements ont mis en place des stratégies en santé mentale, dont la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, le Nunavut et les Territoires-du-Nord-Ouest. Le gouvernement fédéral doit manifester du

leadership en matière de santé des enfants et de la jeunesse, particulièrement chez les populations autochtones.

- Les investissements fédéraux dans le développement de la petite enfance, ainsi que le pourcentage des enfants encadrés par de tels programmes, sont parmi les plus bas des pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économique). Il existe, entre les P/T du Canada, d'importantes disparités touchant plusieurs variables cruciales, telles que : financement par enfant, qualité des programmes, certification des enseignants et évaluation de la maturité scolaire.
- En 2007, le gouvernement fédéral créait le programme de *Prestation universelle pour la garde d'enfants*, qui fournit aux parents d'enfants de 6 ans et moins 100 \$ par mois et par enfant pour les aider à défrayer les services de garde. Cette prestation a été créée au moment de l'annulation du cadre intergouvernemental de services à l'enfance.

Feu  **ROUGE**

SECTEUR 3

Nombre suffisant de prestataires de soins de santé

SECTEUR 3 — NOMBRE SUFFISANT DE PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ

a) Surveiller l'offre et la demande et viser l'équilibre

- La stratégie pancanadienne SRHS (*Stratégie en matière de ressources humaines en santé*), lancée en 2004-05, poursuivait sur la lancée des *Accords sur les soins de santé* de 2004 dans le but d'attirer, de préparer et de retenir des fournisseurs de soins de santé, afin de donner aux Canadiens et Canadiennes un accès en temps opportun à des soins appropriés. Le *Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines* (CCPSSRH) a été formé pour élaborer des politiques et des avis stratégiques visant à planifier, organiser et livrer des services de santé pour les ressources humaines en santé.
- Élaboration, en 2007, d'un *Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*.
- Élaboration, en 2009, de *Suffisamment, c'est combien?* - guide visant à aider les divers paliers de gouvernements F/P/T à collaborer avec les systèmes d'éducation, les employeurs et les prestataires de soins de santé pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer un vaste éventail de stratégies de création et de maintien des ressources humaines en santé (RHS).
- Élaboration de la *Trousse pancanadienne de planification des ressources humaines en santé* - outil national en ligne de planification et de prévision des RHS. La trousse, fondée sur des données probantes, répond au besoin d'informations et d'outils de planification des RHS. Elle permettra d'arriver à une compréhension commune et à une uniformisation des connaissances des politiques et des programmes de RHS. Les informations seront continuellement mises à jour, les différentes approches étant testées et les pratiques exemplaires partagées.
- Financement de plusieurs initiatives en RHS à travers le *Programme de contributions pour les politiques en matière de soins de santé*. Ces initiatives ont été élaborées par divers intervenants en santé pertinents dans leur région.
- Financement du *Réseau canadien sur les ressources humaines en santé*, visant à stimuler la recherche et l'élaboration de politiques et de planification en RSH.
- *Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient* (FIPCCP) - composante de la stratégie des RHS visant à promouvoir la formation interprofessionnelle (FIP) et la pratique en collaboration centrée sur le patient par la mise en place de projets reliés à l'élaboration d'outils de FIP pour les enseignants et les étudiants, au développement d'offices d'apprentissage coopératif, de collaboration interuniversitaire, d'unités et de communautés d'apprentissage coopératif, et à l'amélioration de la compréhension et du respect mutuel entre groupes professionnels.
- Financement de divers autres projets pertinents à travers le *Programme de contributions pour les politiques en matière de soins de santé*, dont :
 - **L'avenir de la formation médicale au Canada - Projet de troisième cycle**, en collaboration avec le CMFC et le Collège Royal.
 - **Amélioration des services de santé par la formation en ligne des professionnels**

- Amélioration, à travers le travail de l'ICIS et de Statistique Canada, de la collecte de données sur les RHS et élaboration de bases de données, dont la première base de données nationale sur les ressources avec production de rapports sur 5 groupes professionnels liés à la santé : pharmaciens, ergothérapeutes, physiothérapeutes, techniciens de laboratoire médicaux et techniciens en radiothérapie.
- Soutien à la création du [Groupe de travail sur l'éducation en santé](#) (GTES), émanant du *Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines* (CCPSSRH), comité F/P/T qui élabore un cadre d'analyse de rendement pour évaluer la *collaboration interprofessionnelle en soins de santé* (CISS) et la *formation interprofessionnelle* (FIP).
- Toutefois, la plus grande partie des activités d'estimation de l'offre et de la demande en RHS est effectuée par les provinces (p. ex. : [modèle ontarien](#), [modèle albertain](#)).
- Nonobstant les projets auxiliaires décrits plus haut, on n'a pas mis en place d'observatoire national des RHS permettant de surveiller et de diriger le développement des ressources humaines médicales.

Feu  **JAUNE**

b) Prendre soin des soignants

- Par sa [Stratégie en matière de ressources humaines en santé](#), le gouvernement fédéral a :
 - accumulé des données sur l'impact des interventions pour un milieu de travail sain
 - accru la compréhension de l'effet positif d'un environnement de travail sain sur le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre en santé, et la relation entre cette réalité et la qualité des soins au patient
 - accumulé des données soulignant les meilleures pratiques et stratégies pour améliorer la qualité de l'environnement de travail
 - élaboré des indicateurs de qualité de vie au travail à utiliser à des fins d'étalonnage national
 - soutenu la création de la [Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité](#), regroupant un groupe national multidisciplinaire de chefs de file collaborant à l'amélioration de la qualité de la vie au travail chez les fournisseurs de soins de santé canadiens afin d'améliorer les soins aux patients.
- De nombreux problèmes liés à l'équilibre travail/famille demeurent sans solution. Par exemple :
 - le bien-être des résidents travaillant de très longues heures
 - horaires de gardes excessifs des médecins, surtout en milieu rural
 - sécurité routière pour les médecins après un appel
 - épuisement professionnel des médecins
- L'*Institut canadien pour la santé des médecins* croit que le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle dans le soutien de la santé des médecins; des critères nationaux en cette matière sont en voie d'élaboration.

Feu  **JAUNE**

SECTEUR 4

Créer une vision des services de
santé et mesurer la performance

SECTEUR 4 — CRÉER UNE VISION DES SERVICES DE SANTÉ ET MESURER LA PERFORMANCE

a) Stratégie nationale sur la santé

- L'implication actuelle du gouvernement fédéral dans la santé se limite essentiellement à fournir des soins aux groupes suivants :
 - i. populations des réserves des Premières Nations
 - ii. population inuite
 - iii. membres actifs des Forces armées canadiennes
 - iv. vétérans admissibles
 - v. détenus des pénitenciers fédéraux
 - vi. certains groupes de demandeurs du statut de réfugié
- La majorité des Canadiens et Canadiennes reçoivent des services de santé de programmes provinciaux, financés par le gouvernement fédéral par l'entremise des transferts fédéraux en santé.
- Le gouvernement fédéral souligne constamment le fait que l'administration des services de santé est du ressort des provinces et s'abstient de toute planification ou priorisation dans ce domaine.
- De cette approche résulte un système de santé constitué de programmes provinciaux fragmentés, où chacun a ses propres priorités et méthodes, sans souci d'uniformisation (p. ex. : les divers dossiers électroniques choisis sont incompatibles).
- Certains domaines (p. ex. : les soins à domicile), de ressort régional, sont encore plus fragmentés, ce qui contribue à accroître la diversité et l'incompatibilité.
- La position du gouvernement fédéral est de se tenir à l'écart de la santé, se contentant de financer sans assumer de leadership.

Feu  ROUGE

b) Financement de la santé

- Les *Accords sur la santé* de 2004 avaient fixé à 6 % la croissance annuelle des TCS, distribués aux provinces au prorata des impôts des individus et des corporations.
- À partir de 2014-15, les TCS seront distribués aux provinces selon leur population. Ce changement augmentera les fonds reçus par l'Alberta et diminuera ceux de toutes les autres provinces.
- À partir de 2017-18, le pourcentage d'augmentation des TCS correspondra au taux moyen de croissance sur trois ans du produit intérieur brut, la **croissance minimale garantie étant de 3 % par année.**

- i. Après ce changement, les provinces recevront, sur 10 ans, 36 milliards de dollars de moins qu'auparavant.

Feu  JAUNE

c) Objectifs de santé nationaux

- En 2005, les ministres de la Santé F/P/T ont établi des objectifs de santé pour le Canada, mais il n'en a résulté jusqu'à présent ni stratégie nationale ni gestes tangibles. De plus, aucune cible nationale de réduction des disparités en santé n'a été établie.
- Les provinces doivent remplir les critères de base de la *Loi canadienne sur la santé*, sans aucune cible spécifique à atteindre.
- Le *Conseil canadien de la santé*, qui devait s'assurer de l'atteinte des objectifs, cesse ses activités en 2013.
- Le gouvernement fédéral délègue aux provinces la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des initiatives en santé. Aucun système ne permet de vérifier le progrès des organismes provinciaux.

Feu  ROUGE

d) Soins en milieu rural ou éloigné

- Aucune portion des TCS n'est consacrée aux soins en milieu rural ou éloigné.
- Les médecins de famille et les infirmières qui choisissent de travailler en zone rurale sont admissibles au programme d'[Exonération de remboursement du prêt d'études](#). Sur 5 ans, les médecins de famille se voient dispensés de rembourser 40 000 \$ de prêts étudiants et les infirmières, 20 000 \$.
- La plupart des programmes incitant les médecins à travailler en milieu rural ou éloigné sont administrés par les provinces ([Health Force Ontario](#), [BC Ministry of Health Rural Recruitment](#), [Rural Physician Incentive Program of SaskDocs](#), [Provincial Incentive Programs of Nova Scotia](#), etc.)
 - Les incitatifs varient selon la province (p. ex. : sur 5 ans, l'Ontario offre au moins 80 000 \$ alors que la Colombie-Britannique n'offre que 20 000 \$).
- En dehors du programme d'exonération de remboursement de prêts d'études, le gouvernement fédéral ne participe pas à l'allocation de fonds pour le recrutement et la rétention (laissée aux provinces) ou la formation (laissée à chaque lieu d'enseignement) de professionnels de la santé pour le travail en milieu rural.

Feu  JAUNE

e) Soutien aux soins de première ligne

- En 2000, le gouvernement fédéral a engagé environ 800 millions de dollars sur 5 ans dans le *Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires* afin de stimuler des changements systémiques et de couvrir les frais de transition pour améliorer les services de première ligne au Canada. Cet engagement a été prolongé, en 2003, par un *Transfert visant la réforme des soins de santé* de 16 milliards de dollars.
- Depuis la fin de cet engagement, le financement de la réforme des soins de première ligne est incorporé dans les TCS. Aucun financement n'est consacré à la réforme des services de première ligne.
- Par conséquent, chaque province aborde la réforme de la première ligne à sa façon avec pour résultat, entre autres, divers modèles interdisciplinaires non coordonnés offerts à travers le pays : *FHT/FHG* en Ontario, *Primary Care Networks* en Alberta, *Primary Care Teams* en Nouvelle-Écosse, etc.
- Ces approches diverses sans uniformisation (comme pourrait en offrir le modèle du *Centre de médecine de famille*) produisent un assemblage disparate sans coordination.
- Le programme fédéral de *Contributions aux soins de santé primaires des Premières nations et des Inuits*, doté de 700 millions de dollars, assure des services de première ligne à ces populations.
- Le gouvernement fédéral n'assume aucun leadership dans la reconnaissance de l'importance du rôle de la première ligne pour les Canadiens et Canadiennes et dans l'assignation de fonds consacrés permettant de financer les réformes nécessaires.

Feu  ROUGE

SECTEUR 5

Soutenir la recherche en santé

SECTEUR 5 — SOUTENIR LA RECHERCHE EN SANTÉ

a) Financement adéquat de la recherche en santé

- Le financement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), qui font partie de Santé Canada, représente **14,4 % des dépenses fédérales directes en santé**. On estime que ce financement sera réduit de 4 % dans le budget 2013-14.
- Diverses « initiatives phares » des ISRC offrent des occasions de financement dans des secteurs identifiés comme prioritaires. L'[Institut des services et politiques en santé](#) (ISPS) est engagé dans les initiatives suivantes :
 - Médecine personnalisée
 - Soins de santé communautaires de première ligne
 - Renouvellement des soins de santé fondé sur des données probantes (RSSDP)
- Le [Programme de contributions pour les politiques en matière de soins de santé](#) (PCPSS)
 - Le PCPSS est un programme national destiné à promouvoir : recherche et analyse sur les politiques, projets pilotes fondés sur des données probantes, évaluation des priorités actuelles et émergentes du système de santé.
 - Le PCPSS finance des organismes non gouvernementaux à but non lucratif, des associations professionnelles, des institutions d'enseignement et des gouvernements P/T et locaux afin d'élaborer, de mettre en œuvre et de disséminer les connaissances, les pratiques exemplaires et les stratégies innovatrices en soins de santé.
 - Parmi les composantes antérieures du programme, on retrouve :

[Innovation dans le système de soins de santé](#) (ISSS)

- Les trois principaux thèmes d'ISSS sont :
 - Conférences et événements sur les politiques en santé
 - Réponse du système de santé au vieillissement de la population
 - Rapports d'incidents médicaux et système de prévention au Canada

[Initiative nationale de réduction des temps d'attente](#) (INRTA)

- Annoncée en février 2005
- L'INRTA a reçu 13 millions de dollars en trois ans (06/07/08/09)
- [Outils](#) élaborés à travers l'INRTA

[Fonds des projets pilotes de garanties sur les délais d'attente pour les patients](#)

- Les P/T ont accepté d'établir une garantie de délai d'attente dans un secteur clinique au plus tard en mars 2010
- Le gouvernement fédéral a fourni jusqu'à 30 millions de dollars en trois ans (07/08-09/10)
- Onze projets touchant un large éventail de secteurs cliniques et d'approches novatrices ont été financés grâce à cette initiative

- Médecine personnalisée
 - L'objectif de cette initiative est d'engager des chercheurs de divers secteurs (biomédical, clinique, épidémiologique, économie de la santé, éthique, politiques de santé) et les autorités sanitaires provinciales dans un processus d'identification de la part du fardeau des maladies pouvant être résolue par une approche de médecine personnalisée. Au final, cette initiative soutiendra la recherche translationnelle vers une approche efficace de prévention, de diagnostic et de traitement des maladies.
- En janvier 2012, le gouvernement fédéral a annoncé un investissement de 67,5 millions de dollars (dont 22,5 provenant des ICRS, 40 de *Génome Canada* et 5 du *Consortium sur les cellules souches du cancer*) pour soutenir le financement des équipes de recherche dans le secteur de la médecine personnalisée.
- Dans le budget de 2013, le gouvernement fédéral annonçait qu'il allouerait 165 millions de dollars, sur plusieurs années, à la recherche en génomique à travers *Génome Canada*, notamment à travers de vastes compétitions de recherche ainsi que la participation de chercheurs canadiens à des partenariats nationaux et internationaux.

Feu  JAUNE

b) Financement adéquat de la recherche en soins de première ligne

- Les ICRS ont annoncé un fonds consacré de 34 millions de dollars en recherche pour des projets communautaires de soins de première ligne ([communiqué de presse, avril 2012](#))
 - **Financement par les ICRS** : 30 millions de dollars de l'Institut des services et politiques en santé (en plus de 2 millions provenant des partenaires provinciaux et 3,5 millions, de partenaires internationaux).
 - La proportion du financement dédié aux soins de première ligne ne reflète pas le rôle important de la première ligne dans les services de santé aux Canadiens et Canadiennes.
- [Soins de santé communautaire de première ligne](#) (SSCPL)
 - Les IRSC ont lancé une initiative phare pour financer la recherche à l'appui de soins de santé communautaires de première ligne de qualité au Canada.
 - Le SSCPL appuiera les chercheurs désirant étudier de nouveaux modèles de services, créer des critères d'excellence en recherche et transposer les données en pratiques et en politiques, à travers deux outils principaux de financement.

Feu  JAUNE

c) Données adéquates pour orienter de nouvelles politiques

- De nombreuses initiatives récentes du gouvernement prônent la recherche fondée sur des preuves.
- Toutefois, plusieurs législations récemment adoptées étaient en contradiction avec les données scientifiques disponibles, par exemple :
 - La Loi C-54, **Loi sur la réforme de la non-responsabilité criminelle**, accroît la possibilité qu'une personne atteinte de maladie mentale soit considérée « à risque élevé » et incarcérée dans un pénitencier général, alors que les données de la *Commission de santé mentale du Canada* indiquent que les personnes non criminellement responsables ont moins de risque de récidiver.
 - Les changements au **Programme fédéral de santé intérimaire** ont été effectués malgré l'opposition unanime de nombreux organismes médicaux invoquant des données montrant qu'ils auraient un effet négatif sur la santé publique et augmenteraient les coûts en santé.
 - Le projet de loi privé C-460 sur la **Stratégie de réduction du sodium** a été défait malgré les preuves de conséquences négatives de la surcharge en sodium sur la santé publique, particulièrement sur les maladies chroniques.
 - La Loi C-65, *Loi sur le respect des collectivités* (sur les sites d'injection supervisés), néglige les données probantes sur l'approche de réduction des méfaits dans l'utilisation de drogues illégales. Il existe des preuves solides que les sites d'injection supervisés réduisent la transmission d'infections telles que le V.I.H. et l'hépatite C et, surtout, réduisent le risque de mort par surdose. La loi C-65, qui crée des obstacles importants à la création de sites d'injection sécuritaires, reflète des inquiétudes idéologiques sur l'approche de réduction des méfaits plutôt que des preuves.
- **Renouvellement des soins de santé fondés sur des données probantes**
 - L'initiative *Renouvellement des soins de santé fondés sur des données probantes* (RSS-DP) soutiendra le travail concerté de chercheurs et de décideurs voulant améliorer les connaissances, générer de nouvelles solutions créatives et transposer les données en politiques et en pratiques renforçant les systèmes de santé du Canada.
 - Cette initiative vise à fournir des données opportunes de haute qualité, à court et à long terme, sur le financement, le maintien et la gouvernance des systèmes de santé au niveau provincial, territorial et fédéral.

Feu  JAUNE

d) Mieux communiquer la recherche pour la transposer en politiques et en action

- Les informations de certains guides publiés par Santé Canada (p. ex. : le récent [Guide pour professionnels de la santé sur le cannabis thérapeutique](#)) sont présentées de façon dense et peu accessible. Il faudrait améliorer la façon de communiquer certaines politiques, afin de les rendre plus claires et de bien démontrer les preuves qui les fondent.
- **Les rapports « Voici les faits »**
 - Il s'agit de rapports émis par les IRSC, présentant les résultats obtenus par les chercheurs en santé au Canada.
 - Parmi les cas exemplaires présentés dans les rapports se trouvent des recherches financées par les IRSC ayant produit :
 - une amélioration de 20 % de la capacité cardiovasculaire des élèves des écoles primaires de Colombie-Britannique
 - une nouvelle approche de l'activité physique dans les écoles
 - un modèle de recherche participative et
 - une réadaptation pratique et abordable après un AVC.
- Le [Portail du renouvellement des soins de santé fondés sur des données probantes](#) (lancé en avril 2012)
 - Ce portail contient un éventail continuellement remis à jour de documents pouvant orienter les politiques visant le renouveau des soins de santé au Canada.
 - Il contient 24 types de documents, dont des revues par juridiction, des déclarations de principes de groupes d'intérêt et des communiqués intergouvernementaux. Ils traitent de zones prioritaires identifiées par les gouvernements F/P/T tels que les soins de première ligne, la sécurité des patients, les ressources humaines en santé et les indicateurs de performance (p. ex. : accès en temps opportun).
 - Le portail RSSDP, intégré à la section *Health Systems Evidence* du forum sur la santé de l'Université McMaster, constitue un guichet unique d'accès à la somme grandissante de données pouvant orienter les activités et politiques visant le renouveau des soins de santé.

Feu  JAUNE

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

www.cfpc.ca