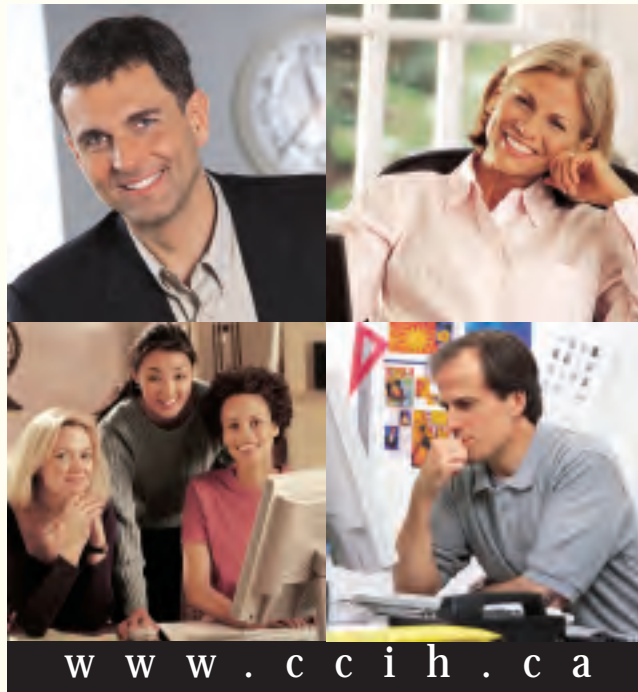




Le Conseil canadien sur les soins de santé intégrés

De l'isolement à l'intégration :  
Établir un pont entre les groupes  
de payeurs des secteurs public et privé au sein  
du système de santé canadien





## LE CCIH

Le Conseil canadien sur les soins de santé intégrés ([www.ccih.ca](http://www.ccih.ca)) est un groupe de réflexion indépendant et non aligné qui a pour mandat « d'orienter et de susciter le changement... [ainsi que] d'établir des ponts entre les éléments du système de soins de santé ». Créé en 1997, le CCIH vise à aider les Canadiens à mieux comprendre les enjeux en émergence dans le secteur des soins de santé. Le CCIH prône l'établissement d'un système de soins intégrés qui trouve le juste équilibre entre la qualité, l'accessibilité et les coûts en vue de favoriser une meilleure santé chez tous les Canadiens. Les membres comprennent des leaders d'opinion clés issus du secteur privé de la santé, des travailleurs, des consommateurs et des professionnels de la santé.

Le CCIH a récemment axé sa réflexion sur le concept de collaboration accrue entre les groupes de payeurs des secteurs public et privé. En novembre 2006, il organisait un forum des payeurs au cours duquel des intervenants de multiples secteurs ont échangé leurs points de vue et évalué de nouvelles approches. Ses travaux portent actuellement sur un enjeu précis, soit l'accès aux produits pharmaceutiques, et visent à établir de quelle façon une approche plus intégrée pourrait être bénéfique pour l'ensemble des Canadiens. Nous vous invitons à consulter le site Web du CCIH pour obtenir plus de détails sur ses activités, passées et actuelles.



# De l'isolement à l'intégration :

## ***Établir un pont entre les groupes de payeurs des secteurs public et privé au sein du système de santé canadien***

« Bien que l'on décrive le système de santé canadien comme un système financé et administré par l'État, cette description fait abstraction de la portion considérable assurée par le financement privé. Les employeurs, les syndicats et les consommateurs déboursent des dizaines de milliards de dollars pour des services qui ne font pas partie de l'enveloppe budgétaire des services hospitaliers et médicaux autorisée par l'État. En fait, les dépenses assumées par les employeurs pour les médicaments d'ordonnance représentent à elles seules au-delà de 7 milliards de dollars par année. »

*(Dr Russell King, ancien président du Conseil canadien sur les soins de santé intégrés (CCIH), lors de son discours ouvrant le forum national des payeurs tenu par le CCIH en 2006)*

## Vue d'ensemble

Les payeurs des services de santé du secteur public et du secteur privé au Canada constituent « deux solitudes » depuis trop longtemps. En outre, les employeurs canadiens n'ont pas joué, du moins jusqu'à présent, un rôle assidu et significatif dans la prise de décisions liées aux politiques et au financement en matière de soins de santé.

Le Conseil canadien sur les soins de santé intégrés estime que :

- La protection de la santé et des soins de santé est un enjeu qui concerne tous les Canadiens; et
- Des consultations plus nombreuses, une meilleure compréhension du système ainsi que des prises de décisions plus efficaces et concertées à l'égard des coûts associés aux services de santé s'imposent sans délai.

Ce document vise à examiner comment un engagement accru des employeurs à l'égard des décisions concernant le financement des soins de santé et l'élaboration des politiques pourrait constituer un type d'intégration contribuant à combler l'actuel fossé qui existe entre les groupes de payeurs extrêmement isolés au sein du système de santé canadien. Plus précisément, il porte sur deux enjeux où une convergence et une collaboration plus importantes entre les payeurs des secteurs privé et public pourraient rapporter des bénéfices considérables, soit l'accès aux soins de santé et la gestion de la demande.

## Introduction

Le CCIH considère que le fossé qui sépare les groupes de payeurs au sein du système de santé canadien est attribuable à une simple question de négligence, ainsi qu'à un manque de planification suffisante et intégrée à mesure que le système de santé a évolué au cours des 40 dernières années.

Il nous semble aussi, d'après nos discussions, notre expérience collective et la documentation actuelle que nous avons consultée à ce sujet, que tant les payeurs du secteur public que ceux du secteur privé s'emploient à justifier et à expliquer leurs rôles actuels dans le financement des soins de santé. Ainsi, les demandes de financement, qui dépassent de loin le taux d'inflation général, ont forcé les deux groupes à envisager de quelle façon et à quel endroit ils pouvaient investir dorénavant, mais surtout de quelle façon et à quel endroit ils pouvaient réduire leurs obligations. Or, de telles mesures visant à restreindre les coûts – généralement prises unilatéralement, sans concertation entre les groupes de payeurs – compromettent souvent l'accès des Canadiens aux services de santé qui leur sont nécessaires dans les meilleurs délais.

Le CCIH estime qu'il est nécessaire de suppléer au manque actuel de coordination dans le financement des soins de santé par une concertation et un engagement accrus des employeurs et des décideurs politiques. Nous croyons que la synergie qui résulterait d'un tel échange pourrait enfin amener de l'ordre dans ce qui n'a été jusqu'ici qu'une division accidentelle du financement.

Grâce au travail qu'il a effectué dans ce domaine depuis les deux dernières années – notamment en recueillant de l'information auprès des employeurs et en organisant un forum des payeurs au cours duquel des intervenants de multiples secteurs ont échangé leurs points de vue – le CCIH en est venu à la conclusion que les employeurs canadiens ont besoin de faire entendre leur voix de façon plus soutenue et régulière au sein du débat sur les soins de santé. Certaines mesures doivent être prises pour faire entendre cette voix. Nous croyons qu'il faut notamment :

- Déterminer où les patients veulent aller, et devraient aller, à l'intérieur du système de santé pour obtenir les soins dont ils ont besoin – ce que le CCIH appelle les « parcours souhaités des soins de santé »;<sup>1</sup>
- Encourager la réaffectation des ressources au sein des systèmes de santé public et privé afin d'éliminer les écarts dans les services et ainsi créer un système qui réponde davantage aux besoins et aux préférences des patients;
- Faire en sorte que la planification des services et la coordination du financement soient des préoccupations plus urgentes qui interpellent davantage les gouvernements et les payeurs privés. Un tel projet constituerait une « bonne nouvelle » pour les décideurs et les politiciens, et contribuerait à nous préserver d'un embarras national lorsque des lacunes considérables dans la couverture offerte par les régimes publics et privés figurent en première page des journaux;
- Souligner le coût de l'inaction qui maintient en place un modèle de financement arbitraire et inefficace.

Le CCIH a cerné deux enjeux prioritaires où une convergence et une collaboration accrues entre les payeurs des secteurs privé et public pourraient vraiment contribuer à changer les choses : l'accès aux soins de santé et la gestion de la demande. Ainsi, nous croyons qu'il est nécessaire pour le Canada de mieux « organiser le marché » afin de coordonner le financement assuré par les employeurs et les gouvernements de façon à réduire ou à éliminer les écarts sur le plan de l'accès aux services de santé. Cette mesure permettrait d'améliorer l'accessibilité pour les patients et favoriserait une gestion plus optimale des ressources dont nous disposons.



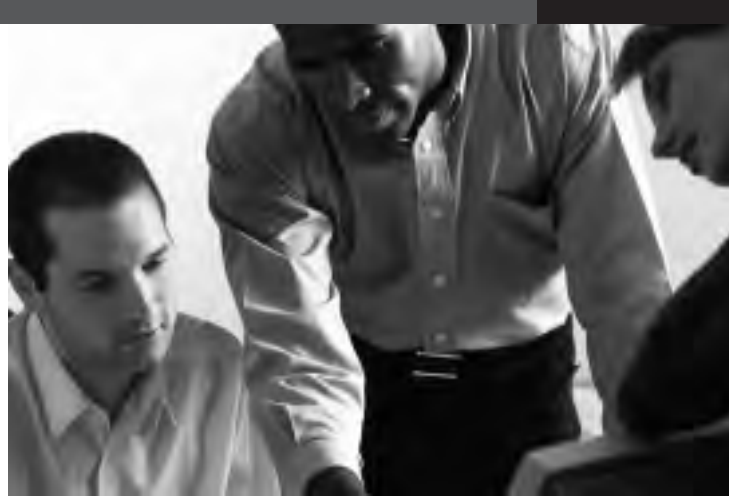
## **Cerner le problème : *Pourquoi devrait-on privilégier l'intégration des groupes de payeurs? Pourquoi le faire maintenant?***

Pris dans un cercle vicieux, les divers groupes de payeurs des secteurs public et privé ont élaboré leurs régimes de façon distincte, et le transfert de coût effectué à l'aveugle a donné lieu à des écarts considérables quant à la couverture offerte par les tiers payeurs. Par conséquent, certains services de santé essentiels sont devenus inabordable pour de nombreux Canadiens. C'est notamment le cas des secteurs à croissance rapide où le financement privé prédomine, tels que les produits pharmaceutiques, les soins à domicile, les soins de santé communautaire et les soins couverts par les membres des professions de la santé réglementées autres que les médecins.

Le danger de ce scénario est le risque de division qu'il présente en mettant en place un système à deux pôles qui oppose ceux qui peuvent accéder aux soins dont ils ont besoin grâce à leur capacité financière et ceux qui ne le peuvent pas. Cette situation est particulièrement troublante au moment où il ressort clairement que tous les Canadiens considèrent les soins de santé comme une valeur commune et souhaitent bénéficier du meilleur système possible, tout en estimant qu'il est crucial d'investir des ressources considérables dans d'autres priorités nationales comme l'environnement, l'éducation, les programmes sociaux et la sécurité – qui constituent chacun un déterminant majeur de la santé.

<sup>1</sup> Dans la planification des parcs, le terme « parcours souhaités » (en anglais, *desire lines*) fait référence aux sentiers empruntés par les promeneurs en dehors des sentiers pavés et balisés par les planificateurs. Bien sûr, les planificateurs ne peuvent tout prévoir à l'avance, surtout s'ils n'empruntent pas eux-mêmes les sentiers de façon régulière. De la même façon, nous croyons que dans le domaine des services de santé, il faut prendre en considération le facteur de volonté et l'impulsion reflétant l'expérience de l'utilisateur; les planificateurs de soins de santé et les décideurs politiques doivent donc reconnaître ces tendances et y réagir en conséquence.

Une autre vérité importante à dire, et rarement considérée, est que la contribution des employeurs au financement des services de santé est essentiellement volontaire. Bien que dans les faits, la bonne volonté et les négociations collectives aient permis leur prise en charge pendant des décennies, les coûts croissants liés à la santé dépassent largement presque tous les autres types de dépenses, et les plus petits employeurs commencent déjà à abandonner des régimes ou à plafonner la couverture des dépenses qui restent admissibles. Or, il est nécessaire de protéger cette généreuse source de financement privé et de maintenir sa complémentarité avec les services qui bénéficient d'un financement public.



La question fondamentale qu'il convient de se poser est la suivante : Le Canada dispose des ressources pour faire mieux et devra assumer de grands risques s'il maintient le statu quo... mais avons-nous, collectivement, la volonté de changer les choses?

Bien que les écarts qui caractérisent les services de santé aient fait l'objet de bon nombre d'études au cours des dernières décennies, il en reste encore beaucoup à éliminer. En tant que société, nous avons craint de bouleverser en profondeur le « principe sacré » du financement et de la prestation des services de santé. Le marché des soins de santé demeure fragmenté et incapable de s'adapter aux besoins, aux comportements et aux préférences des Canadiens. Trop souvent, les politiques gouvernementales sont des indicateurs tardifs du pouls de la société, et les initiatives mises de l'avant sont à la fois provisoires et réactives. Un leadership s'impose donc afin de permettre une meilleure organisation, d'améliorer la prestation de services et d'accroître la confiance de la population. Les tendances et enjeux qui suivent illustrent bien cette préoccupation :

- Les maladies chroniques représentent de plus en plus un enjeu lié à la gestion thérapeutique et à la capacité de payer pour les payeurs, les professionnels de la santé et les patients. Dans son rapport publié en 1998, Santé Canada a estimé que le fardeau économique de la maladie s'élevait à près de 160 milliards de dollars au Canada. Or, il existe peu de maladies pour lesquelles on dispose de stratégies nationales de prévention et de prise en charge.
- Le fait de mettre davantage l'accent sur la prévention, le dépistage et l'intervention précoce aura pour effet d'augmenter les coûts, du moins à court terme. Il en sera de même pour les investissements technologiques visant à créer des dossiers médicaux électroniques et à permettre la prescription électronique de médicaments.
- L'organisation du marché est une démarche responsable sur le plan financier, car un accès raisonnable aux médicaments et aux autres services de santé devrait contribuer à promouvoir une meilleure santé et à éviter la progression de la maladie. Si des politiques et des programmes ne sont pas mis en place, les régimes de santé transféreront les coûts aux particuliers, ce qui créera un fardeau encore plus lourd quant à leur capacité de payer. Les organismes privés de prestation de soins de santé continueront d'apparaître afin de combler les écarts.
- Le Canada n'a pas à répéter l'erreur commise avec le Régime de pensions du Canada : le RPC s'est dégradé pendant de nombreuses années, sans aucune intervention, avant que de nouvelles règles de financement soient établies afin d'assurer sa solvabilité à long terme. Il est évident que les changements fondamentaux visant à améliorer l'imputabilité et la transparence s'opèrent trop lentement au chapitre des services de santé.
- Bien que la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (SNPP) proposée constitue une importante occasion de mieux intégrer les régimes d'assurance médicaments publics et privés, elle n'a donné lieu jusqu'ici qu'à peu d'interactions et de consultations, et à aucune consultation fructueuse avec les tiers payeurs. Toute stratégie « nationale » nécessite la participation des employeurs, dont les régimes assurent le remboursement de médicaments d'ordonnance totalisant plus de 7 milliards par année. Toutefois, il ne s'agit pas d'un argument purement économique; des conséquences humaines considérables sont aussi en jeu.
- Enfin, il sera nécessaire d'intégrer la technologie du secteur privé aux systèmes de santé gérés par l'État afin que le secteur public bénéficie des moyens technologiques dont il a tant besoin depuis longtemps, comme les dossiers médicaux électroniques et les systèmes d'ordonnancement destinés aux médecins. Ces outils sont essentiels pour assurer la gestion et le suivi de l'accès aux soins de santé, de même que de leur qualité et de leurs coûts.

Nous faisons déjà face à l'ensemble de ces enjeux et de ces tendances, et la situation ne fera qu'empirer en raison de notre inaction et des effets résultant d'une population vieillissante et de moins en moins en santé.

## Cerner les enjeux :

### *Deux points de convergence favorisant l'intégration et la collaboration entre les groupes de payeurs*

Il apparaît clairement que le marché des soins de santé « désorganisé » dans lequel nous évoluons actuellement a suscité l'émergence de nombreux enjeux. Selon le CCIH, deux d'entre eux pourraient profiter grandement d'une collaboration accrue entre le secteur public et le secteur privé, soit « l'accès aux soins de santé » et « la gestion de la demande ». Dans les pages qui suivent, ces enjeux seront considérés sous l'angle particulier de l'employeur en tant que payeur.



#### *Premier enjeu – L'accès aux soins de santé*

L'accès aux soins de santé est loin d'être adéquat, comme en témoignent les nombreuses « solutions de contournement » qui permettent à certains d'obtenir les soins qu'ils souhaitent ou dont ils ont besoin, alors que d'autres en sont privés ou doivent attendre trop longtemps pour les recevoir. Les solutions de rechange visant à obtenir des soins révèlent une approche qui ne correspond pas aux besoins de tous les Canadiens, ce qui met sérieusement en péril le système de santé public – on n'a qu'à penser au jugement de la Cour suprême dans la cause Chaoulli, et au bouleversement et à la politisation qui en ont résulté. Les Canadiens s'accrochent à des traditions professionnelles, organisationnelles et législatives démodées et inadéquates et s'en servent pour ériger des murs autour des composantes désuètes et inefficaces de ce système.

L'accès est entravé par des contraintes d'approvisionnement et des demandes toujours grandissantes. Il existe de nombreux points de convergence entre les groupes de payeurs au sein du système de santé canadien en général, et l'accès est l'un d'entre eux. En fait, les aspects qui soulèvent les préoccupations tant des payeurs et des fournisseurs de soins que des consommateurs sont notamment :

- Un accès adéquat et dans les meilleurs délais :
  - o aux services de réadaptation et de physiothérapie;
  - o aux produits pharmaceutiques, surtout aux médicaments onéreux (p. ex., les médicaments biologiques), ou pour les patients atteints de maladies chroniques qui doivent prendre de nombreux médicaments dont le coût cumulatif est élevé;
  - o aux services d'aide psychologique et de consultation en santé mentale.
- Des pratiques et des politiques inadéquates ou inexistantes qui entraînent :
  - o le transfert des coûts d'un tiers payeur à l'autre, ou aux patients;<sup>2</sup>
  - o des dépenses excessives en soins de santé qui ne sont pas couvertes;
  - o une incapacité à « organiser le marché ».
- La nécessité de réduire la demande :
  - o en mettant en place des stratégies qui visent la promotion de la santé;
  - o en effectuant une analyse des causes fondamentales (p. ex., les pratiques liées au mode de vie qui conduisent à une prise de poids excessive et à l'obésité, et éventuellement à une maladie du cœur, un diabète ou une chirurgie de remplacement de la hanche et du genou);
  - o en faisant évoluer la mentalité de « droit aux services » vers une mentalité de « prise en charge et de responsabilité » chez chaque personne.

<sup>2</sup> Le transfert des coûts peut prendre plusieurs formes, notamment, (i) le retrait de certains médicaments ou de certaines classes thérapeutiques de la liste des médicaments couverts par l'État ou par l'employeur, (ii) un long processus d'examen des médicaments par l'État (p. ex., Programme commun d'évaluation des médicaments suivi d'évaluations à l'échelle provinciale), ou (iii) l'établissement du régime gouvernemental comme payeur de dernier recours (comme en Nouvelle-Écosse). Il importe de considérer ici qu'un nombre raisonnable de dépenses non couvertes pour la plupart des patients ne nuirait vraisemblablement pas à l'utilisation des services médicaux essentiels et pourrait même contribuer à l'observance thérapeutique en suscitant un « sentiment de prise en charge et de responsabilité » chez le consommateur face à son traitement.

## ***Réaction de l'employeur à ce jour***

Jusqu'à présent, on pourrait qualifier la réaction des employeurs face aux défis que pose l'accès aux soins de santé par les deux mots suivants : aléatoire et tactique. Lorsqu'ils décident d'intervenir, les employeurs gèrent la demande par des programmes visant à sensibiliser les gens à une meilleure santé et des approches plus intégrées dans la gestion de l'invalidité. Toutefois, plus souvent qu'autrement, les employeurs choisissent de restreindre leurs coûts en limitant l'accès à des régimes d'assurance complémentaires par divers moyens, tels qu'en augmentant la quote-part de l'employé, en abandonnant les régimes d'assurance médicaments (plus petits employeurs), en plafonnant le montant des dépenses remboursables pour certains services, voire en limitant le remboursement des réclamations pour les personnes à charge. Les conséquences de telles décisions sur la santé ne font l'objet d'aucune évaluation. Une coassurance excessive peut, en outre, entraver l'accès aux soins de santé, autant dans les régimes publics (un fait bien documenté) que privés. L'édition 2006 du *Sondage sanofi-aventis sur les soins de santé* mené au Canada auprès de 1 500 participants à des régimes collectifs de soins de santé financés par l'employeur a révélé que près de 6 répondants sur 10 (58 %) envisageraient sérieusement de ne pas faire exécuter une ordonnance s'ils devaient déboursier un montant supérieur à 50 \$, et 31 % des répondants feraient de même si le montant était inférieur à 50 \$. Seuls 8 % des répondants ont dit que le coût n'était pas un problème.



Il importe aussi de considérer que si certains employeurs optent pour des mesures trop draconiennes sans vision à long terme afin de restreindre les coûts et la protection offerte, ils risquent de se voir imposer une réglementation. Dans l'édition 2005 du *Sondage sanofi-aventis sur les soins de santé*, 71 % des répondants étaient favorables à ce que le gouvernement établisse des normes et des exigences minimales à l'égard des services couverts par les régimes collectifs. Lorsqu'on leur a posé la même question en 2007, encore plus de participants aux régimes (78 %) se sont dits en faveur de telles mesures. Si un tel changement était apporté, bon nombre d'employeurs responsables perdraient la souplesse dont ils disposent actuellement quant à la conception et au financement de leurs régimes.

Comme la plupart des régimes financés par l'employeur ne comportent pas de limites quant aux coassurances, la capacité de payer des participants à faible revenu constitue un autre enjeu. Alors qu'une quote-part de 20 % exigée pour un médicament de 50 \$ peut être problématique pour certains, une quote-part de 20 % exigée pour un médicament biologique de 25 000 \$ chaque année serait catastrophique pour pratiquement tous les Canadiens. Ces réclamations sont déjà courantes, mais les divers gouvernements du Canada ne sont pas parvenus jusqu'à présent à élaborer et à mettre en place un programme de médicaments onéreux, comme l'ont recommandé divers rapports et commissions gouvernementales au cours des 40 dernières années. Pour sa part, l'industrie de l'assurance privée n'a pas encore créé son propre fonds national pour les médicaments onéreux ou autres réclamations de santé, à l'instar de ce qui existe au Québec depuis 1997. Jusqu'à présent, toutes les mesures visant à résoudre les problèmes ont été réactives, et une augmentation des dépenses n'a pas permis de changer les choses.

Pour résoudre le problème de l'accès, il faudra plus qu'une stratégie de réduction des temps d'attente et des augmentations réactives de notre effectif national de professionnels de la santé. Le manque d'équité au sein des régimes tant publics que privés crée au Canada une division entre « ceux qui ont accès » et « ceux qui n'ont pas accès », ou entre « ceux qui sont en santé » et « ceux qui sont malades », fondée sur des décisions économiques personnelles liées à la capacité de payer et au besoin de services de santé. Sans un changement fondamental de la stratégie gouvernementale, les employeurs devront prendre leurs propres décisions, risquant ainsi d'exacerber les besoins d'un système de santé déjà fragilisé.

## *Deuxième enjeu – La gestion de la demande*

Les diverses implications liées au transfert des coûts et au contrôle de l'accès nécessiteront davantage de dialogue et de collaboration entre les payeurs. La gestion de la demande à l'égard des services de santé est un problème commun et constitue déjà un besoin bien défini chez les payeurs et les fournisseurs de soins de santé. Les patients seront touchés tôt ou tard, lorsque les services seront limités (on entend ici des services non disponibles, retardés, éloignés ou inabordables) et qu'il sera nécessaire de faire des choix. Il faut donc déterminer quelles sont les attentes raisonnables des patients et des citoyens en général, négocier avec eux, faire connaître ces attentes et les réévaluer de façon régulière. Certaines questions liées à la demande nous viennent à l'esprit :

- Doit-on s'attendre à ce qu'un tiers payeur – gouvernement, assureur ou autre organisation – paie tous les médicaments sur ordonnance?
- Si cela semble une option raisonnable, où trouverons-nous donc, en tant que société, les ressources supplémentaires nécessaires, ou à quoi sommes-nous prêts, collectivement, à renoncer afin que les patients puissent avoir un accès illimité aux services de santé?
- Jusqu'à quel montant les patients devraient-ils « payer de leur poche » et comment ce montant serait-il établi (p. ex., selon leur âge, leur revenu, le coût « élevé » des médicaments qu'ils utilisent)?
- Jusqu'à quel montant la quote-part doit-elle s'élever pour diminuer en douceur la mentalité de « droit au services » d'un patient, sans pour autant diminuer l'accès aux services essentiels?
- Quels seront les effets d'une population vieillissante sur la demande? Bien que l'on estime que l'âge en lui-même influe peu sur les coûts, le vieillissement entraîne souvent un accroissement des dépenses liées à la maladie chronique. Une génération d'ainés plus nombreux et en meilleure santé permettra-t-elle de compenser les coûts engagés par une population croissante d'individus d'âge moyen sédentaires et suralimentés? Quelle incidence les enfants et adolescents ancrés dans ces mêmes habitudes de vie néfastes auront-ils sur la demande future à l'égard des services de santé?
- Les émotions motivent bon nombre de décisions liées aux soins de santé. Les patients sont-ils prêts à renoncer à ce qu'ils veulent et à ce qu'ils souhaitent lorsqu'ils font face à des évidences d'ordre clinique et à des limites de financement?

Si un certain niveau de gestion raisonnable est nécessaire pour assurer la répartition équitable des ressources disponibles, les trois ordres de gouvernement et les employeurs devront jouer un rôle actif afin de créer des synergies et procéder à des changements sur les plans politique, réglementaire et opérationnel.

On doit en venir à une utilisation plus efficace des ressources et à un système plus efficace, ce qui profitera à toutes les parties concernées, soit :

- Aux patients, qui autrement doivent souvent se débattre pour avoir accès à des soins de qualité dans les meilleurs délais. Des changements à cet égard favoriseraient et accéléreraient leur rétablissement.
- Aux employeurs (et aux consommateurs), qui souhaitent que leurs employés blessés ou malades restent productifs ou retournent plus tôt au travail grâce à un accès plus rapide aux soins qui leur sont prodigués selon des normes connues et uniformément élevées.
- Aux gouvernements, qui seront en mesure d'améliorer et de mieux intégrer l'utilisation des ressources, augmentant ainsi la rentabilité du système, ainsi que la confiance des électeurs et des contribuables.

Comment peut-on mieux gérer la demande? Trop souvent, les entreprises et les citoyens s'attendent d'emblée à ce que les gouvernements corrigent les lacunes du système, mais expriment ensuite leur frustration face à la lenteur des changements. Les employeurs ne doivent pas attendre les actions des gouvernements pour gérer la demande; ils doivent coordonner leur propre système de soins pour assurer des services de santé à leurs employés et contribuer à leur protection. En fait, les exemples de gestion de la demande abondent déjà du côté des employeurs :

- Les plus gros employeurs offrent souvent des ressources d'éducation et de soutien liées à la santé, comme les programmes d'aide aux employés, afin d'aider leurs employés et leur famille à naviguer dans le système de santé et à devenir des utilisateurs de soins de santé mieux informés.
- Les employeurs ont la responsabilité sociale et légale de se pencher sur les causes fondamentales des blessures ou des maladies qui touchent leurs employés, non seulement par l'intermédiaire d'organes bien établis comme les comités de santé et de sécurité, mais aussi en examinant leur rôle dans l'apparition et dans l'atténuation des dysfonctionnements psychosociaux.
- Les assureurs privés et les diverses commissions des accidents au travail (CSST au Québec) peuvent faciliter et coordonner l'accès à des services de réadaptation de qualité et le paiement de ces services, de même qu'aux autres services de santé comme les produits pharmaceutiques, contribuant ainsi à la réduction ou à l'élimination des écarts dans les couvertures offertes par les régimes de santé provinciaux.





Il faut néanmoins mettre un bémol : de telles approches ne sont pas nécessairement adoptées dans l'intérêt véritable de l'ensemble de la société. Ainsi, les employeurs doivent comprendre que « les solutions de contournement » qu'ils offrent, même si elles résultent de la frustration engendrée par l'inefficacité du système public, peuvent être perçues comme élitistes et inéquitables et témoigner d'une couverture « à deux vitesses ».

De façon générale toutefois, lorsque les tiers payeurs parviendront à organiser le marché de façon à réduire ou à éliminer les lacunes dans les couvertures qu'ils offrent, ils verront la satisfaction augmenter considérablement chez les employés et la population en général. La menace constante d'un transfert de coûts visant une réduction des dépenses « à l'extrême » sera en partie écartée. Il convient de le répéter : les diverses implications liées au transfert des coûts et au contrôle de l'accès devront faire l'objet de discussions et d'une collaboration plus grandes entre les payeurs.

## Envisager une solution :

### ***Une meilleure intégration des groupes de payeurs, tant des gouvernements que des employeurs***

Il apparaît clairement que les dispositions actuelles en matière de financement des soins de santé au Canada sont déficientes. Le système est trop fragmenté et politisé, il manque de transparence et résiste à tout changement. Des lacunes dans la qualité des soins, dans la sécurité et l'information des patients, ainsi que dans le financement persistent, et cela, même si de telles lacunes entraînent parfois de graves conséquences.<sup>3</sup> Une population de plus en plus informée exigera mieux avant longtemps – notamment que ses impôts servent à « financer le changement » et que les régimes offerts par ses employeurs comblent les lacunes des régimes gouvernementaux. La profonde perception de « droit aux services » commence à évoluer vers une perception de « prise en charge et de responsabilité » quant au système de santé et à sa pérennité.

Tout d'abord, les gouvernements doivent reconnaître le rôle important que jouent les employeurs et les assureurs dans l'accessibilité aux services de santé. Ainsi, en 2007, les assureurs privés ont remboursé des dépenses en médicaments d'ordonnance totalisant 7,8 milliards de dollars. Le CCIH estime que les employeurs canadiens devraient participer plus activement aux décisions actuelles touchant les politiques et le financement en matière de soins de santé. Si les employeurs, particulièrement les petits employeurs, décidaient de ne plus offrir à leurs frais des régimes d'assurance médicaments ou des programmes de promotion de la santé, les gouvernements et les particuliers n'auraient d'autre choix que de s'acquitter de ces obligations. Cela donnerait alors lieu à une hausse d'impôts, une baisse de l'observance par les patients des traitements qui leur sont recommandés (entraînant des conséquences néfastes sur la santé) et, en général, à une situation dans laquelle ni les gouvernements, ni les employeurs ni les particuliers n'y trouveraient leur compte.

Comme on l'a mentionné précédemment, une approche plus intégrée entre les payeurs des secteurs public et privé doit tenir compte des nombreux points de convergence valables. Par ailleurs, il est tout aussi important de reconnaître les points de friction. En réalité, les partenariats se révèlent parfois encombrants à mesure que les liens se tissent, que la confiance s'établit et que l'ampleur des problèmes se manifeste au grand jour. Toutefois, bien que les difficultés surgissent des menus détails, cela ne devrait pas nous dissuader d'aller de l'avant.

***« L'idéalisme, c'est bien, mais quand il se rapproche de la réalité, son coût devient prohibitif. »***  
*(William F. Buckley, Jr.)*

Le CCIH est d'avis que les différents groupes de payeurs, qu'ils proviennent d'organisations ou d'institutions, qui tentent de travailler en plus étroite collaboration doivent rapidement passer à l'action et ne pas se perdre dans des menus détails ou dans des structures démesurées. Il y a trop de discussions stériles sur les soins de santé qui ne servent qu'à freiner le progrès et à créer une structure trop compliquée qui défend des intérêts dépassés et rigides.

Le CCIH croit en outre que les nouveaux liens, quels qu'ils soient, entre les groupes de payeurs de soins de santé devraient être « fondés sur des principes », c'est-à-dire établis en fonction d'un certain nombre de paramètres clés comme le partenariat, le leadership, la transparence et la nécessité d'une approche orientée vers l'action. (Voir le tableau 1 – Un cadre favorisant le dialogue. Ce tableau, qui met l'accent sur certains enjeux en matière de soins de santé qui bénéficieraient d'une approche intégrée entre les groupes de payeurs, a été conçu à partir des discussions tenues lors du forum des payeurs organisé par le CCIH.) Le respect de ces principes est nécessaire pour assurer la survie des changements apportés au statu quo malgré les difficultés engendrées par la peur du changement, les émotions ou l'appât du gain.

<sup>3</sup> Comme l'a clairement démontré l'étude sur les événements indésirables survenant dans les hôpitaux canadiens menée par Baker et Norton. Voir : The Adverse Events Study, Canadian Medical Association Journal, mai 2004; 170: 1678-86.

Nous estimons également que lorsqu'on envisage une intégration accrue entre les groupes de payeurs (les gouvernements et les employeurs), certains paramètres supplémentaires devraient être pris en considération :

- La clarté des rôles et des responsabilités de chacun constitue une condition préalable à l'intégration.
- La pérennité du système représente toujours un enjeu pour ces deux groupes de payeurs.
- Il y a place pour des soins financés ou fournis par le secteur privé comme complément aux soins financés par le secteur public<sup>4</sup>.
- Il sera nécessaire de s'attaquer à la gestion de la demande afin de contrer les enjeux démographiques et la mentalité de « droit aux services ».
- L'accès à la couverture des soins de santé ne doit pas être lié à l'emploi.
- Des exigences minimales devraient être établies dans le cas des régimes gérés par un employeur ou un fiduciaire.

Deux modèles d'approche intégrée à l'égard des payeurs sont cités ici à titre d'exemples :

a. Communauté d'intérêts

L'Alberta a mis en place un comité consultatif sur les pensions qui se réunit deux fois l'an afin de discuter de diverses options de politiques et de susciter le partage d'idées et de points de vue. Il s'agit d'une tribune de réflexion très prisée pour obtenir l'apport des employeurs. Lorsque le Régime de pensions du Canada a été établi au départ, il constituait lui aussi un modèle de collaboration et d'intégration.

Selon une proposition du CCIH, une stratégie nationale favorisant l'accès aux produits pharmaceutiques pourrait devenir un modèle semblable de collaboration public-privé dans le domaine des soins de santé. Nous travaillons actuellement à deux projets à cet égard, soit une étude de cas visant à présenter des idées sur la façon d'accroître l'accès aux produits pharmaceutiques, ainsi qu'une démarche visant à explorer le concept de regroupement d'assureurs.

b. Groupes internes

Dans bon nombre d'organisations, des comités mixtes travailleurs-employeurs sont chargés de surveiller la santé et la sécurité au travail. Nous croyons qu'un tel modèle intégré pourrait constituer un bon point de départ pour rassembler les principales parties (employeur, syndicat, employés et membres de leur famille) à l'intérieur même du lieu de travail, ce qui représente une étape nécessaire avant d'aller à l'extérieur pour poursuivre l'intégration avec les autres groupes de payeurs (et, plus particulièrement, les gouvernements).

**Tableau 1 – Un cadre favorisant le dialogue**

Enjeux liés à la santé	Principes directeurs						
	Partenariats	Leadership	Clarté	Approche globale	Niveaux Macro-Meso-Micro	Gestion de la demande	Parti pris pour l'action
Gestion de l'invalidité							
Gestion thérapeutique							
Promotion de la santé / prévention de la maladie							
Accès							
Médicaments d'ordonnance							
Soins aux enfants et aux aînés							

<sup>4</sup> Ceci pourrait être mis en place, par exemple, lorsque les demandes excèdent les dispositions et les ressources du régime public et correspondent aux besoins des employeurs (comme un retour au travail rapide et sans risque à la suite d'une blessure ou d'une maladie, ou encore dans le cas d'une activité de promotion de la santé sur le lieu de travail).

## Aller de l'avant : *Un appel à l'action*

Ce court document fait essentiellement ressortir le besoin pressant pour les employeurs et les gouvernements de disposer d'une approche plus intégrée en matière de financement des services de santé. Un marché mieux organisé, au sein duquel les payeurs travaillent en partenariat, favorisera un accès plus efficace et plus rapide aux divers services pour les patients, et permettra de mieux reconnaître et d'apprécier les rôles assumés tant par le système public que privé.

Nous proposons un parti pris pour l'action qui met d'abord l'accent sur les lacunes dans le financement des principaux produits et services, comme les produits pharmaceutiques, les services de réadaptation et les ressources en santé mentale. Contrairement au système actuel axé sur la maladie, le nouveau modèle inclura la promotion de la santé et la prévention de la maladie en tant qu'éléments fondamentaux d'un système de santé efficace.

Un dialogue fructueux constitue le point de départ à la mise en œuvre d'une politique judicieuse et, en retour, étayera les investissements stratégiques visant à améliorer l'accès, à réduire la demande et à assurer la pérennité de notre système de santé. Le temps des débats improductifs est révolu; trop d'études ont fait ressortir les mêmes correctifs majeurs qu'il convient d'apporter à notre système. Il est maintenant temps d'agir. Nous encourageons donc les lecteurs à réfléchir sur leur propre rôle au sein de ce système (comme représentants des groupes de payeurs, comme consommateurs de soins de santé ou peut-être comme fournisseurs de soins de santé), à cerner les points communs qui pourraient exister et à déterminer quelles mesures concrètes ils pourraient prendre afin d'aller vers un système de financement plus intégré permettant d'éliminer les cloisonnements actuels. Pour sa part, le CCIH poursuivra sa réflexion sur l'un des sujets spécifiques soulevés lors de son forum des payeurs, soit l'accès aux produits pharmaceutiques. Comme nous l'avons déjà mentionné dans ce document, il s'agit d'un secteur critique où une approche plus intégrée pourrait se révéler fort bénéfique. Nous invitons les lecteurs à consulter régulièrement notre site Web ([www.ccih.ca](http://www.ccih.ca)) pour obtenir plus de détails à ce sujet au cours des mois à venir, ainsi qu'à nous faire part de leurs commentaires sur ce document à la même adresse.



## *Autres publications produites par le CCIH...*

Accès aux produits pharmaceutiques – *Juin 2009*

Engageons-nous - Document préalable à la tenue d'un  
forum national des payeurs – *Décembre 2005*

Un document de discussion sur la santé au travail  
– *Octobre 2002*

Les répercussions imminentes de la génomique sur  
le système de santé du Canada – *20 décembre 20 2001*

Présentation à la Commission sur l'avenir des  
soins de santé au Canada – *1<sup>er</sup> novembre 2001*

Établir un pont entre  
les groupes de payeurs des secteurs  
public et privé au sein du système  
de santé canadien

w w w . c c i h . c a

*Le Conseil canadien sur les soins de santé intégrés (CCIH)  
désire souligner la contribution exceptionnelle de Chris  
Bonnett à l'élaboration de ce document.*

*Le CCIH souhaite également remercier Sharon Blaney,  
John Elliott, Shelley Kee, Jacques L'Espérance,  
Marilee Mark, Steve Semelman et John Yardley  
de leur aide à la rédaction.*

*Merci aussi à Lisa Walters pour son soutien précieux  
tout au long du projet.*