

Coup d'œil

Procès-verbal des délibérations du CCIH

Séance XVI – Les 19 et 20 avril 2006, à Toronto

Mission du CCIH : Le Conseil canadien sur les soins de santé intégrés s'engage à aider les Canadiens à mieux comprendre les enjeux en émergence dans le secteur des soins de santé.

Vision du CCIH : Le Conseil canadien sur les soins de santé intégrés favorise 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.

Mesures adoptées

Sujet abordé : Forum des payeurs

Le Conseil a consacré une partie considérable de cette séance aux détails de la planification entourant le futur forum des payeurs (prévu le 2 novembre 2006).

À la lumière du document d'information du CCIH intitulé *Engageons-nous : Réunissons les responsables des politiques publiques et les employeurs autour du thème des soins de santé* à titre de point de départ, le Conseil espère que le forum permettra à deux groupes qui ne s'engagent habituellement pas de le faire, et le CCIH agira à titre d'hôte neutre.

Réunir de l'information

Sujet abordé : La comparaison entre le financement des soins de santé au Canada et celui d'autres pays

Afin de définir un contexte en vue du futur forum des payeurs, le Conseil a examiné divers documents de référence à ce sujet, dont :

- *Challenging Health Care System Sustainability: Understanding Health System Performance of Leading Countries* (Conference Board of Canada, 2004) et
- le document de travail sur la santé de l'OCDE intitulé *Private Health Insurance in France, Private Health Insurance in Australia, Private Health Insurance in Ireland*.
- Des documents contenus dans les sites Web dont les adresses sont fournies ci-après :
http://europa.eu.int/comm/employment_social/social_protection/missoc_info_fr.htm#03/2002 (Commission européenne, *Les soins de santé en Europe, Irlande*, MISSOC-INFO 03/2002);
http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/03/ireland_fr.pdf (Commission européenne, *Les soins de santé en Europe, Irlande*);
<http://www.oecd.org/dataoecd/34/56/33698043.pdf> (*Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*);
<http://www.oecd.org/dataoecd/24/32/5162353.pdf> (*Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery*);
<http://www.oecd.org/dataoecd/31/10/17256025.pdf> (Causes de la disparité des délais d'attente en chirurgie non urgente dans les pays de l'OCDE).

Au terme d'une vaste discussion portant sur certains des détails et des renseignements tirés de ces documents, le Conseil s'est penché sur les questions suivantes dont il a discuté : **Un système parallèle privé comporterait-il des avantages qui pourraient améliorer le système actuel? Quels seraient ces avantages?**

Susciter la réflexion

Questions posées au groupe de réflexion : Quelle situation tentons-nous de régler? Une perception contradictoire du système de santé et de l'intégration.

En mettant à contribution les ressources expertes du Conseil (compte tenu que chaque membre est un « conférencier principal »), le groupe s'est livré à un remue-méninges portant sur ce sujet. Au nombre des facteurs à améliorer dans notre système de santé, mentionnons :

- le besoin de répondre aux préoccupations des **personnes âgées** – accessibilité; retraite; intégration des soins à la petite enfance et aux personnes âgées (de sorte à créer un environnement plus sain); transférabilité des avantages sociaux et des rentes;
- **la comparaison entre les régimes nationaux et privés (délestage)** – possibilité que les régimes privés se délestent dans les régimes publics, de sorte à soulever un tollé dans la population (ou inversement);
- **l'évolution du système** – passage d'un système où les médecins étaient des entrepreneurs (début des années 1950) à l'assurance maladie; cela dit, il n'existe pas de système uniforme d'un océan à l'autre;
- **la faiblesse des connaissances en gestion** – les ressources nécessaires à l'exploitation de ce système inefficace sont considérables; le système a besoin d'un leadership et d'une gestion marqués au coin de l'excellence, conditions essentielles à sa pérennité;
- **l'envergure des enjeux cliniques** – des groupes tentent de gagner du terrain, quoique sans s'appuyer sur des principes – initiatives non axées sur le patient; absence d'intégration; il est vraiment nécessaire que divers corps professionnels s'intègrent de sorte que les bonnes personnes soient affectées aux tâches qui leur conviennent;
- la nécessité d'un meilleur équilibre entre la **prévention** et les **soins de courte durée**; et l'importance de la **communication des données** dans cette optique – de manière à partager l'information entre les secteurs public et privé (**il est impossible d'intégrer efficacement les secteurs public et privé à moins de disposer de repères**);
- **la prise en charge de la maladie chronique** – et les possibilités d'intégration à cet égard entre l'administration publique et le marché du travail;
- l'importance de compter sur des appuis qui contribuent à améliorer **la responsabilité individuelle** (appui des personnes qui posent les gestes appropriés); notion de responsabilité personnelle – **rôle du consommateur/patient**;
- **la distinction entre les besoins et les désirs** – que pouvons-nous financer de manière réaliste?
- le caractère inapproprié du terme « soins de santé »; le terme « soins des maladies » est plus précis;
- **la piètre santé des professionnels de la santé**;
- **la perception erronée du système de santé** (attentes non réalistes);
- **l'activité physique et la nutrition**;
- **la qualité des soins de santé** – faiblesse de nos connaissances à ce sujet; besoin d'évaluer cette qualité des points de vue clinique et administratif/pratique; puis investissements dans des systèmes qui pourraient mesurer la qualité et laisser place à l'amélioration (réalisable grâce à des efforts sur le terrain consentis à l'amélioration de la gestion, etc.);
- **la responsabilité** – le système n'appuie pas toujours la responsabilité; division entre les pourvoyeurs de fonds et les prestataires de services (situation qui soulève la question suivante : le gouvernement fédéral devrait-il gérer les soins de santé ou les provinces disposent-elles des fonds suffisants pour ce faire);
- **le leadership** – nécessaire à tous les échelons (le leadership à l'échelle nationale doit faire état des enjeux les plus urgents; nécessité de « hausser le niveau du débat »);
- l'accent sur le **bien-être** – retour aux fonctions originales des ministères de la Santé – considérer les problèmes que posent les normes, l'immunisation, la toxicomanie (problèmes de **santé publique**) – passage d'un ministère de la Santé vers un ministère de la Santé et de l'Environnement;
- **les soins prodigués aux patients atteints d'une maladie chronique** – coût des soins prodigués aux patients atteints d'une maladie chronique ou handicapés;
- **l'absence de concurrence** – au détriment de la qualité de la gestion et d'autres facteurs;
- les défis posés par la **situation géographique**.

Vue d'ensemble : besoin de régler des problèmes qui menacent la pérennité; le CCIH cherche des solutions sous l'angle de l'intégration pour assurer cette pérennité.

Sur quels aspects les efforts du CCIH doivent-ils porter? Quels sont les problèmes les plus urgents pour les Canadiens en quête d'un système de santé solide et intégré?

Au nombre des enjeux dont le Conseil s'est entretenu, mentionnons : les ressources humaines en santé; la pandémie de grippe asiatique(et les autres crises générales); la maladie mentale à titre de pandémie; les études sur les effets indésirables; les coûts de l'invalidité pour les employeurs, l'accès, l'orientation et le leadership.

En guise de conclusion des réflexions dans le cadre de la réunion, les conseillers ont participé en petits groupes à la conception d'un nouveau système de santé canadien. Dans le cadre de la séance-bilan ultérieure, le Conseil au complet a examiné les résultats des groupes de travail qu'il serait possible de mettre à contribution pour amorcer le changement du système actuel. Parmi les idées énoncées, mentionnons :

- l'approche d'équipe (avec un responsable de l'encadrement?);
- l'expansion de la pratique clinique;
- l'établissement des priorités pour accélérer l'accès aux soins (recours à des employés et à d'autres personnes);
- un système de soins payés par l'utilisateur en fonction de ses moyens;
- une couverture normalisée (peu importe le payeur);
- la part des pratiques normalisées à l'échelle nationale (plutôt qu'à l'échelle provinciale) – quelles pratiques faudrait-il normaliser (par exemple, en santé publique?);
- le choix laissé au patient (qui donnerait lieu à une certaine forme de concurrence);
- un système complémentaire privé – financé, et non administré, par l'employeur;
- l'éclaircissement de la notion « d'impôt pour la santé » en soi;
- le soin au payeur d'établir les prix – de sorte à dégager éventuellement des économies d'échelle.