



6 juillet 2016

POLITIQUES EN MATIÈRE DE SANTÉ

Le rapport Naylor et les politiques en matière de santé : le Canada a besoin d'un nouveau modèle

de

Åke Blomqvist et Colin Busby

- Le gouvernement fédéral participe à des discussions avec les provinces concernant un nouvel Accord sur la santé. Le résultat de ces discussions pourrait mettre les provinces sur la voie de la réforme des soins de santé, ou retarder les changements.
- Le gouvernement fédéral devrait reconnaître le succès limité des tentatives précédentes de réforme des soins de santé par l'entremise de transferts conditionnels aux provinces, et se pencher plutôt sur des initiatives indépendantes, par exemple celles qui favorisent une meilleure diffusion de la technologie de l'information aux fournisseurs et aux patients, ou une évaluation plus systématique du rapport coût-efficacité de nouveaux médicaments et de nouveaux appareils.
- Il existe de nombreuses façons pour le gouvernement de contribuer à l'amélioration du système de santé en prenant des mesures innovantes dans ses domaines de compétences, tels que les services de santé aux Premières Nations. Il devrait soutenir les initiatives provinciales principalement en publiant et en évaluant leurs résultats, et peut-être également en établissant un fonds d'innovation du type recommandé par le rapport Naylor.
- Les tentatives faites par le gouvernement fédéral pour négocier une nouvelle série de transferts pour un seul régime d'assurance-médicaments à l'échelle nationale, semblable à la façon dont nous payons les médecins et les hôpitaux, pourraient se révéler contreproductives et retarder les réformes requises – les provinces qui souhaitent offrir une couverture d'assurance-médicaments améliorée pour leurs citoyens pourraient prendre l'initiative et donner l'exemple.

Nous remercions le Dr David Naylor et plusieurs lecteurs critiques anonymes pour leurs suggestions utiles sur les versions précédentes. Nous assumons la responsabilité de toute erreur et de toutes les recommandations.

Lors de la dernière campagne électorale fédérale, les Libéraux ont indiqué de nouvelles initiatives relativement à l'accès aux produits pharmaceutiques et aux soins à domicile, et ils ont annoncé leur intention de négocier un nouvel Accord sur la santé fédéral-provincial-territorial afin de remplacer celui qui a expiré en 2014. Les discussions sur un nouvel Accord sur la santé ont déjà commencé avec une réunion des ministres de la Santé du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux, qui s'est tenue à Vancouver en janvier dernier; une autre réunion est prévue pour la mi-2016.

Le gouvernement conservateur sortant n'avait pas prévu d'autre ronde de négociations avec les gouvernements provinciaux et territoriaux concernant les politiques en matière de santé, mais l'une de ses initiatives les plus importantes dans ce domaine était la création du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé. Ce groupe, présidé par David Naylor, ancien président et doyen de la faculté de médecine de l'Université de Toronto, a reçu son mandat en juin 2014 et a achevé son rapport en juillet 2015 (voir Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé 2015). Il semblerait maintenant que le rapport Naylor pourrait donner des idées au nouveau gouvernement libéral dans le cadre des efforts qu'il fait pour définir un rôle fédéral plus actif relativement aux politiques en matière de santé. Dans une entrevue ayant eu lieu peu avant la réunion de Vancouver, Jane Philpott, ministre fédérale de la Santé, a déclaré être une « grande admiratrice » et a affirmé que le rapport contenait « des idées fantastiques » (Church 2016).

Dans le présent cyberbulletin, nous soutenons que le rapport Naylor présente en fait plusieurs idées sensées pour la réforme des soins de santé, lesquelles devraient être intégrées à la discussion sur les politiques futures en matière de santé au Canada. Toutefois, lorsqu'il décidera comment utiliser les recommandations du groupe et comment structurer un nouvel Accord sur la santé, le gouvernement devrait recourir à un nouveau modèle. Il devrait accorder la priorité aux initiatives qu'il peut réaliser par lui-même, avec ou sans la collaboration des gouvernements provinciaux et territoriaux. En ce qui concerne les réformes qui nécessiteraient la prise de mesures coûteuses et controversées par ces gouvernements, en plus de clarifier les transferts, un nouvel Accord sur la santé devrait servir principalement de centre d'échanges de recherche et d'information, y compris en fournissant un financement à des projets pilotes et en assurant le déploiement à grande échelle d'expériences clairement fructueuses. Si le gouvernement fédéral souhaite aller plus loin, et surtout s'il essayait d'utiliser l'ancien modèle de transferts fédéraux améliorés comme une carotte pour les provinces et les territoires, cela pourrait en fait réduire l'élan vers les réformes dont le système a si urgemment besoin.

Les recommandations du groupe

En économie, le terme « innovation » signifie traditionnellement « l'invention de nouvelle technologie ». Le rapport Naylor, toutefois, définit ce terme de façon large, en suivant une grande partie des ouvrages récents sur l'innovation dans les soins de santé, où « innovation » a également été appliqué aux nouveautés relatives aux processus et aux structures organisationnelles, ce que l'on appelait autrefois « réformes » ou « refontes ». Il souligne un rôle fédéral qui encouragerait l'innovation plus activement qu'autrefois, mais qui continuerait à respecter la primauté des gouvernements provinciaux relativement à l'organisation de l'approvisionnement en soins de santé.

Les recommandations du Groupe consultatif sont organisées selon cinq thèmes. Deux d'entre eux, à savoir « mobilisation et habilitation du patient » et « transformation de la technologie par l'entremise de la santé numérique et la médecine de précision », dépendent d'une application accrue des technologies de l'information. Deux autres, « intégration des systèmes de santé avec la modernisation de l'effectif » et « une valeur accrue par

l'approvisionnement, le remboursement et la réglementation », concernent les politiques sur le financement et le contrôle des intrants fondamentaux du système de santé : médecins et autres professionnels, services hospitaliers et médicaments.¹

Le mandat initial du groupe lui demandait spécifiquement de cibler des innovations qui permettraient d'économiser de l'argent, mais en fin de compte, il est allé bien au-delà de la limitation des coûts. Le rapport Naylor met plutôt l'accent sur l'amélioration du rendement du système de santé en exploitant de façon plus intensive les occasions créées par la nouvelle technologie ou en s'inspirant d'approches développées dans d'autres pays. Le langage sans équivoque du rapport indique clairement que le groupe considérait qu'une meilleure utilisation des ressources existantes du système d'assurance-maladie représentait l'enjeu le plus important : « l'assurance-maladie vieillit mal » (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé 2015, 125) et « sans l'intervention ... du fédéral, ... les systèmes de soins de santé canadiens se dirigent vers un lent déclin du rendement par rapport à ceux de ses pairs » (iii).

La responsabilité pour les politiques en matière de santé partagée entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux est reflétée dans le mandat du groupe : son texte demandait explicitement non seulement des recommandations de fond, mais également des suggestions sur la meilleure manière pour le gouvernement fédéral de contribuer à leur mise en œuvre. Plusieurs des recommandations du groupe font clairement référence à des enjeux relatifs aux organisations et la gestion qui relèvent bel et bien du ressort provincial, surtout des thèmes qui concernent l'intégration des soins, la modernisation des soins de santé et les méthodes utilisées pour payer les services des médecins, les hôpitaux et les médicaments. Toutefois, ces recommandations sont présentées sous forme de façons dont le gouvernement fédéral pourrait « travailler » avec les provinces et les territoires et les « encourager » à suivre les conseils du groupe.

Toutefois, comme l'indique l'expérience vécue sous l'Accord sur la santé précédent, il est difficile d'influencer la façon dont les gouvernements provinciaux et territoriaux réagissent à des recommandations en matière de politiques concernant les domaines qui sont de leur ressort.² Le partage conditionnel des coûts est davantage un obstacle à la mise en œuvre qu'une solution : mis à part les revendications colorées relatives à l'édification de la nation, les discussions sur les transferts conditionnels sont pleines d'occasions de se distraire des priorités, d'éviter ses responsabilités et de retarder les changements (voir l'encadré 1). Cette fois-ci, le gouvernement fédéral devrait porter une attention particulière aux mesures qu'il pourrait prendre par lui-même, tout en se limitant à un rôle de soutien ciblé des politiques des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les recommandations du groupe concernant les technologies de l'information et l'établissement et le contrôle des prix des produits pharmaceutiques en sont des exemples.

1 Le rapport Naylor discute également des politiques industrielles envers les sociétés qui développent de nouvelles technologies pour les soins de santé et le traitement des dépenses médicales dans le code de l'impôt sur le revenu.

2 Le groupe fait explicitement référence à la réussite limitée de nombreuses dimensions de l'Accord sur la santé précédent; voir Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé (2015, 28).

Encadré 1: Partage conditionnel des coûts et réforme des soins de santé

Selon la Constitution, les politiques en matière de santé sont une responsabilité provinciale. Toutefois, depuis de nombreuses années, le gouvernement fédéral utilise son « pouvoir de dépenser » pour influencer la façon dont le système de santé est géré. Il le fait en transférant certains revenus aux gouvernements provinciaux et territoriaux, sous certaines conditions.

Ceux qui défendent la méthode actuelle de partage conditionnel des coûts et de responsabilité pour les politiques en matière de santé partagée entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux le font en partie parce que c'est la stratégie utilisée pour créer le système d'assurance universelle pour les services des hôpitaux et des médecins dans de nombreuses provinces. Bien qu'aujourd'hui, les transferts fédéraux de « santé » fassent tout simplement partie des revenus généraux des provinces, ils restent conditionnels à ce que celles-ci respectent les principes de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS).

La LCS a peut-être été utile lors de l'établissement du système de santé universel du Canada, mais aujourd'hui ses dispositions sont souvent mal interprétées (Boychuk 2012) et utilisées par des groupes de pression opposés aux mesures d'amélioration de l'efficacité que tentent d'imposer les gouvernements provinciaux et territoriaux. Ces groupes trouvent parfois des alliés dans cette opposition parmi les politiciens fédéraux qui tentent de marquer des points en « défendant l'assurance-maladie » et la LCS contre ses ennemis généralement imaginaires.

Le partage conditionnel des coûts peut également se révéler être contreproductif lorsqu'on parle des réformes destinées à renforcer l'assurance-maladie en l'étendant à des éléments qui ne sont pas actuellement couverts, tels que les produits pharmaceutiques, les soins dentaires et les soins continus (à domicile et de longue durée). Les politiciens provinciaux, qui réagissent aux mêmes préoccupations des citoyens que les politiciens fédéraux, travaillent déjà d'arrache-pied pour trouver des façons de combler ces lacunes.

Les offres faites par le gouvernement fédéral d'une couche supplémentaire d'initiatives ciblées de partage des coûts – par exemple, pour les soins à domicile – pourraient faire dérailler de tels efforts continus et détourner l'énergie des politiciens vers de nouveaux arguments prolongés concernant qui doit payer quoi, et l'éloigner des efforts de renforcement du système. Si un gouvernement fédéral activiste souhaite utiliser de nouvelles initiatives de partage des coûts pour encourager de meilleures politiques en matière de santé dans une fédération divisée, de telles initiatives devraient être limitées et n'imposer que des conditions de base sur les provinces et territoires (Blomqvist et Busby 2015).

Avec une population vieillissante et un afflux constant de nouvelles technologies médicales, les politiciens provinciaux et territoriaux font face au défi colossal de tenter de rapprocher les intérêts des patients, des contribuables et des groupes de pression qui représentent les fournisseurs. Selon nous, la contribution du gouvernement fédéral qui serait la plus utile serait la négociation d'un Accord sur la santé qui fournirait une certitude à long terme sur les transferts de revenus et qui clarifierait les règles qui seront appliquées en vertu de la LCS.

Ce qu'Ottawa peut faire par lui-même

Technologie de l'information

La diffusion d'information sur la nouvelle technologie est une fonction où le gouvernement fédéral devrait jouer le rôle de chef de file.³ La recommandation faite dans le rapport Naylor qu'Ottawa soutienne la collecte de données probantes concernant l'efficacité de la médecine de précision (« médecine personnalisée »), ne devrait pas être controversée, tout comme sa recommandation que le gouvernement fédéral assure la coordination et la réglementation de la collecte et de la diffusion de données par l'entremise de dossiers de santé électroniques qui peuvent être utilisés pour faire progresser la recherche dans le domaine. La technologie de l'information est également une caractéristique centrale du thème de « mobilisation et habilitation du patient ». Les pratiques telles que la prise de rendez-vous et les ordonnances électroniques sont des fonctions commodes qu'aiment les patients, et la technologie de cybersanté peut contribuer à fournir de façon économique des soins aux populations de communautés éloignées. Les dossiers de santé électroniques partagés par le patient et tous les fournisseurs de soins au patient représentent un outil puissant qui permet de faire participer davantage les patients aux décisions relatives à leurs soins.

Comme le note le groupe, le gouvernement fédéral travaille déjà beaucoup avec d'autres territoires afin d'encourager le développement de renseignements électroniques sur la santé et de technologies de communication par l'entremise d'Inforoute Santé du Canada. Toutefois, même avec cette initiative, le groupe note également que « [l]e déploiement relativement lent des DSE a désavantagé le Canada par rapport à ses pairs... qui s'en tirent mieux » (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé 2015, 71), et recommande que le soutien fédéral soit maintenu dans le cadre du mandat d'une nouvelle Agence d'innovation en matière de santé.⁴ Toutefois, le fait que les dossiers de santé soient accessibles tant par les patients que par les chercheurs soulèverait des questions juridiques sensibles liées à la confidentialité et la protection de la vie privée, où le gouvernement fédéral a un rôle évident à jouer dans la formulation et l'application de règles appropriées.

Produits pharmaceutiques : évaluation, établissement des prix et réglementation

On s'entend généralement pour dire qu'un accès plus complet aux médicaments, sans obstacle financier, devrait être prioritaire pour les politiques en matière de santé du Canada (voir Blomqvist et Busby 2015; Morgan, Daw, et Law 2013). Dans le cadre de comparaisons internationales, les prix des médicaments au Canada sont parmi les plus élevés au monde, et bien que la plupart des résidents soient couverts par un régime d'assurance-médicaments provincial ou privé, le principe universel de paiement de cotisations à partir du premier dollar qui s'applique aux services des hôpitaux et des médecins ne s'étend pas aux produits pharmaceutiques. Il n'est donc pas étonnant de constater que des enquêtes ont suggéré que pour certains Canadiens, les coûts personnels des médicaments représentent un fardeau financier ou font en sorte qu'ils ne respectent pas entièrement le régime posologique qu'on leur a prescrit.

3 C'est une fonction classique pour le bien public.

4 Une discussion récente de la manière dont le Canada se compare aux autres pays relativement à l'utilisation de technologies de l'information dans le système de santé et des recommandations pour l'avenir sont présentées dans Protti (2015). Toutefois, il est possible que le Canada soit en train de rattraper son retard : le Sondage national des médecins de décembre 2014 indique que jusqu'à 77 % des médecins de famille canadiens utilisaient des dossiers médicaux électroniques. Un problème qui continue d'attirer l'attention consiste à s'assurer que tous les appareils électroniques utilisés pour la tenue de dossiers sont interopérables, afin que toutes les données puissent être partagées.

Le gouvernement fédéral a mis l'accent sur la stratégie concernant les produits pharmaceutiques comme domaine prioritaire, et le rapport Naylor approuve également l'appel pour une couverture d'assurance plus complète des coûts des médicaments. Il est toutefois intéressant de noter que le rapport n'approuve pas que cela soit réalisé en ajoutant les produits pharmaceutiques à la couverture offerte par les régimes provinciaux universels d'assurance-maladie. Cette approche, selon le rapport, « crée encore un autre sillage de dépenses » (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé 2015, 89), et ne ferait rien pour aborder le problème de l'insuffisance des incitatifs pour les médecins ou les équipes de soins primaires de tenir compte tant du coût que de l'efficacité médicale lorsqu'ils prescrivent des médicaments.⁵

Selon nous, toute tentative faite par le gouvernement fédéral pour atteindre un consensus sur un seul plan à l'échelle nationale, équivalent à la manière dont nous payons les hôpitaux et les médecins, nécessiterait la négociation de révisions importantes au barème de transferts pour les soins de santé vers les gouvernements provinciaux et territoriaux, ce qui se révélerait contreproductif. Il est fort probable qu'une telle stratégie entraînerait les mêmes embouteillages qui ont bloqué de nombreuses autres tentatives de réforme du système de santé au Canada. Nous croyons plutôt qu'une intervention plus ciblée destinée aux personnes sans assurance-médicaments serait une option plus faisable permettant de déclencher des changements au sein de la fédération (Blomqvist et Busby 2015).

Le gouvernement fédéral pourrait également jouer un rôle de leadership plus fort de façons plus indirectes, y compris en travaillant avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour renforcer les programmes d'assurance-médicaments déjà en place. Ottawa a déjà annoncé son intention de se joindre à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, formée par les gouvernements provinciaux et territoriaux pour négocier des prix moins élevés pour les médicaments financés par leurs régimes actuels, mais le gouvernement fédéral pourrait aller plus loin et offrir d'agir comme secrétariat pour l'Alliance. Le rapport Naylor recommande également que les membres de l'Alliance envisagent de permettre aux assureurs privés de se joindre à eux, afin que les régimes privés puissent acheter des médicaments selon les mêmes conditions que les régimes gouvernementaux. Une autre possibilité serait que le gouvernement fédéral prenne la direction de l'élaboration d'un formulaire modèle de médicaments, auquel il pourrait contribuer en renforçant le rôle de l'évaluation économique comparative dans le processus de réglementation qui existe déjà comme base des décisions concernant les médicaments qui peuvent être vendus au Canada (Blomqvist, Busby, et Husereau 2013). Un rôle accru pour l'évaluation économique et rentable des nouveaux médicaments, y compris par l'entremise d'une collaboration plus étroite avec des organismes étrangers qui font déjà un tel travail, pourrait être un élément d'un modèle réformé pour la manière dont le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés réglemente le prix auquel de nouveaux médicaments brevetés peuvent être vendus.

5 Comme l'indique le rapport, un simple élargissement de la couverture d'assurance-médicaments « va à l'encontre du principe de base selon lequel on tente d'intégrer les budgets et d'harmoniser les incitatifs » (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé 2015, 89). Le rapport cite également un commentaire de l'expert en politiques en matière de santé Pierre-Gerlier Forest, dans un discours sur ce que peut apprendre le Canada des réformes d'Obamacare aux États-Unis : « [l']assurance-médicaments sans gestion des soins n'est rien d'autre qu'un bar ouvert pour les grandes sociétés pharmaceutiques » (Forest 2015, 10).

Ce que le gouvernement fédéral ne peut pas faire par lui-même

Intégration des soins, réformes du financement

Le rapport Naylor reconnaît que les lacunes dans la couverture des produits pharmaceutiques représentent une déficience importante du système de santé du Canada, mais il réserve ses critiques les plus pointues pour deux autres enjeux : le manque d'intégration entre les différents fournisseurs de soins, et le manque d'incitatifs à ce que les hôpitaux et les médecins fournissent des soins de façon efficace. Une meilleure intégration des soins prodigués par différents fournisseurs fait depuis longtemps partie du débat sur la réforme des politiques en matière de santé et a déjà mené à des expériences majeures en matière de politiques, surtout au Québec et en Ontario. De nombreuses expériences du même genre ont mis en vedette la prestation de soins primaires par l'entremise d'équipes pluridisciplinaires composées d'infirmières praticiennes, de thérapeutes, de pharmaciens et pharmaciennes et même de travailleurs sociaux et travailleuses sociales, en plus des médecins de famille.

La logique sous-jacente à ce modèle est convaincante, et des données probantes provenant du Canada et d'autres pays suggèrent qu'un tel modèle de prestation des soins primaires peut à la fois améliorer la qualité des soins prodigués aux patients et réduire les coûts.⁶ Toutefois, jusqu'à maintenant, les tentatives faites pour mettre un œuvre un tel modèle à grande échelle au Canada n'ont connu qu'un succès limité. Une partie de la raison est le fait que lorsque les professionnels de la santé sont rémunérés selon la formule de rémunération à l'acte, ils ne sont pas payés pour collaborer avec d'autres professionnels pour prendre les décisions concernant la manière la plus efficace de traiter le patient; et pourtant, les médecins et d'autres professionnels dans la plupart des provinces hésitent à entamer des discussions concernant l'utilisation répandue de modèles autres que la rémunération à l'acte (Lazar et al. 2013, 198–202).

Le rapport Naylor reconnaît que les enjeux relatifs au manque d'intégration des soins prodigués par différents fournisseurs – médecins de famille, spécialistes, hôpitaux, maisons de soins infirmiers et ainsi de suite – existent également dans d'autres pays, mais il affirme que « les soins de santé canadiens semblent particulièrement fragmentés - et singulièrement résistants à une réforme à cet égard » (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé 2015, 61). Dans ses recommandations, le rapport demande au gouvernement fédéral de travailler avec les provinces, et peut-être même de leur fournir des incitatifs, afin d'élaborer et d'essayer des méthodes telles que les « paiements intégratifs ou regroupés en fonction des épisodes de soins communs », la capitation des soins primaires et la mise en service des soins primaires, une stratégie intégrative de financement utilisée au Royaume-Uni. Il demande également à Ottawa de collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les associations professionnelles pour mettre en œuvre les recommandations du rapport publié en 2014 par l'Académie canadienne des sciences de santé (Nelson et al. 2014) afin de réviser les règlements relatifs au champ d'exercices, afin d'abaisser les obstacles actuels à l'utilisation de modèles de soins plus intégrés, tels que les équipes de santé familiale pluridisciplinaires (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé 2015, 63).

Nous sommes d'accord avec le jugement du groupe qu'une meilleure intégration des soins devrait être en tête de liste des réformes urgentes du système de santé. Comme moyen d'y parvenir, les gouvernements provinciaux

6 Un de nos lecteurs critiques a souligné qu'une partie de ces données probantes proviennent de projets pilotes effectués il y a plusieurs années et qui bénéficiaient d'un soutien financier considérable du gouvernement fédéral. Par conséquent, au moins une partie de l'élan vers la réforme des soins primaires est le résultat d'initiatives fédérales.

et territoriaux devraient passer à de nouvelles méthodes de financement des médecins et des hôpitaux (voir Blomqvist et Busby 2012, 2013), et passer en revue leurs règlements sur le champ d'exercices des différentes professions de la santé. Mais ici encore, de telles réformes seraient source de controverses et opposées par les groupes de pression qui préfèrent le statu quo. Quant à l'assurance-médicaments, nous pensons que l'intégration de ces réformes aux négociations sur un nouvel Accord sur la santé pourrait être contreproductive et détourner les énergies concernant les politiques en matière de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux des efforts faits pour réformer leur propre système afin de réclamer une augmentation du financement des soins de santé fourni par le gouvernement fédéral.

Dans la mesure où le gouvernement fédéral souhaite appuyer de telles initiatives provinciales et territoriales, il pourrait le faire indirectement : par exemple, par le cofinancement de projets pilotes et la prestation de ressources supplémentaires par l'entremise, notamment, de l'Institut canadien d'information sur la santé dans le but d'en publier et d'en évaluer les résultats. Ottawa pourrait également fournir un forum où de telles réformes pourraient faire l'objet d'un débat public.⁷ De plus, Ottawa pourrait mettre en pratique la recommandation du rapport Naylor et créer un fonds d'innovation consolidé ayant pour mandat de soutenir le « déploiement à grande échelle » des approches dont la réussite est clairement avérée (voir encadré 2). Pour terminer, le gouvernement fédéral pourrait adopter des méthodes innovantes de paiement et d'organisation dans les programmes en vertu desquels il fournit des soins de santé à certains groupes de population, notamment par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.

Conclusion

La décision d'Ottawa d'entamer de nouvelles discussions sur les politiques en matière de santé avec les gouvernements provinciaux et territoriaux est bienvenue. Les soins de santé représentent une part importante de l'économie canadienne et ils dominent les dépenses de ces gouvernements, mais depuis déjà plusieurs années, le rendement du modèle canadien accumule un retard par rapport à celui de ses homologues dans d'autres économies avancées. Nous avons urgemment besoin de nouvelles initiatives pour que le Canada puisse réintégrer les rangs de pays dont le système de santé est classé comme étant « à haut rendement ». Il est également encourageant que la nouvelle ministre de la Santé du gouvernement fédéral ait noté le rapport Naylor, qui fournit une foule d'idées de façons de renforcer le système actuel.

Toutefois, compte tenu des arrangements fédéraux du Canada concernant le partage intergouvernemental de revenus et de la responsabilité partagée pour les politiques en matière de santé, la structure des discussions entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux prendra une importance critique. Lors des négociations pour l'Accord sur la santé 2004, par exemple, Ottawa a tenté d'utiliser un partage accru des revenus (en vertu du Transfert canadien en matière de santé) comme outil pour extraire des engagements de la part des gouvernements provinciaux et territoriaux afin de poursuivre des objectifs populaires sur le plan

7 Comme le dit le rapport Naylor, les discussions entre les associations médicales provinciales et les gouvernements provinciaux et territoriaux ont actuellement « lieu derrière des portes closes avec peu ou pas de transparence envers le public » (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé 2015, 87). Citant la caractérisation de Lewis (2013) du processus de négociation collective entre ces parties, le rapport utilise l'expression « un obstacle important au changement du système » (ibid).

Encadré 2 : Une Agence d'innovation en santé et le paradoxe du déploiement à grande échelle

Le rapport Naylor accorde beaucoup d'attention au « paradoxe du déploiement à grande échelle » : en dépit des nombreux exemples d'expériences locales ou de projets pilote qui ont produit des résultats prometteurs, pourquoi ont-ils été adoptés en si petit nombre par le système de santé?

Les intérêts en place sont probablement une partie de la raison. Un projet pilote qui tire sa source d'un petit groupe de fournisseurs motivés ne présente pas de menace directe importante à qui que ce soit. Mais si son résultat est si positif qu'il demande une perturbation globale des modèles existants, ceux qui pensent que leurs intérêts seront menacés résisteront. L'échec du déploiement à grande échelle peut également être partiellement attribuable au manque d'argent pour les investissements à court terme importants généralement requis par de tels projets avant qu'ils commencent à devenir rentables.

Comme nous, le rapport Naylor doute qu'un Accord sur la santé fondé sur de nouvelles formes de partage conditionnel des coûts soit utile pour la partie de bras de fer concernant la réforme des soins de santé qui oppose les gouvernements provinciaux et territoriaux et les groupes de fournisseurs locaux. Le rapport suggère toutefois que le gouvernement fédéral crée un « fonds d'innovation consolidé » (dans le cadre de l'Agence d'innovation en santé proposée), par l'entremise duquel il pourrait contribuer financièrement au déploiement à l'échelle du système d'innovations prometteuses choisies en matière de gestion du système de santé.

L'efficacité d'un tel fonds est discutable : Ottawa devrait accepter de verser un financement à des initiatives spécifiques, et pas nécessairement à toutes les provinces, et d'investir des montants importants dans quelques projets spécifiques, plutôt que de petits montants dans de nombreux projets. De plus, la négociation de la mise en place d'un tel fonds pourrait être source de controverses si ses ressources étaient fournies aux dépens des transferts réguliers. Malgré cela, l'idée d'un soutien fédéral du déploiement à grande échelle, que le rapport Naylor recommande de limiter à 1 milliard de dollars par an, est intéressante.

politique relativement aux politiques en matière de santé. Cela s'est traduit par une augmentation considérable des dépenses de santé et, au mieux, une réalisation partielle des objectifs énoncés (Lazar et al. 2015, 16).

Cette fois, le gouvernement fédéral devrait essayer d'éviter un tel résultat et mettre l'accent sur des façons de renforcer le système de santé par lui-même, y compris par l'entremise de politiques plus efficaces concernant l'utilisation des technologies de l'information, les prix et la réglementation des produits pharmaceutiques, et l'application de techniques d'évaluation pour favoriser des choix plus rentables en matière d'ordonnances et de traitement.

À l'opposé, l'utilisation du pouvoir fédéral de dépenser pour pousser les gouvernements provinciaux et territoriaux à adopter des initiatives dans lesquelles ils hésitent à se lancer par eux-mêmes pourrait brouiller

encore plus un ensemble d'enjeux déjà complexe. Si l'on permet aux querelles relatives au partage des coûts de santé de dominer les politiques relatives aux soins de santé, on consacrerait moins d'énergie à réaliser des réformes contre l'opposition des groupes de pression influents. Du point de vue du public, la question de l'ordre du gouvernement qui paie les soins de santé n'a que peu d'importance : la plupart des gens se moquent de savoir si les soins de santé sont payés à même la partie fédérale ou la partie provinciale de leur facture d'impôt. Toutefois, le public se soucie d'un système où chacun a facilement accès à des soins de santé de qualité lorsqu'ils en ont besoin et dont les coûts sont maintenus à l'intérieur de limites raisonnables.

Bibliographie

- Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé. 2015. *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada*. Rapport du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé. Ottawa. Accessible en ligne à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/innovation/index-fre.php>.
- Blomqvist, Ake, et Colin Busby. 2012. *How to Pay Family Doctors: Why Pay per Patient Is better than Fee for Service*. Commentaire 365. Toronto : Institut C.D. Howe.
- . 2013. *Paying Hospital Doctors: Fee for Whose Service?* Commentaire 392. Toronto : Institut C.D. Howe.
- . 2015. « Feasible Pharmacare in the Federation: A Proposal to Break the Gridlock. » Cyberbulletin. Toronto : Institut C.D. Howe.
- Blomqvist, Åke, Colin Busby, et Don Huserau. 2013. *Capturing Value from Health Technologies in Lean Times*. Commentaire 396. Toronto : Institut C.D. Howe.
- Boychuck, Gerard W. 2012. *Grey Zones: Emerging Issues at the Boundaries of the Canada Health Act*. Commentaire 348. Toronto : Institut C.D. Howe.
- Forest, Pierre-Gerlier. 2015. « A Canadian Perspective on Obamacare: What Can We Learn from U.S. Healthcare Reform? » Notes en vue d'une présentation à l'Université du Manitoba, Winnipeg, 25 février. Accessible en ligne à l'adresse http://umanitoba.ca/faculties/health_sciences/medicine/media/WinnipegFeb2515FInal.pdf.
- Church, Elizabeth. 2016. « Liberal government revives 'zombie' health-care report. » *Globe and Mail*, 18 janvier.
- Lazar, Harvey, John N. Lavis, Pierre-Gerlier Forest, et John Church, éditeurs. 2013. *Why It Is So Hard to Reform Health-Care Policy in Canada*. Montréal et Kingston (Ontario) : McGill-Queen's University Press.
- Lewis, Steven. 2013. « Canadian Health Policy since Romanow: Easy to Call for Change, Hard to Do. » Document de travail. Kingston (Ontario) : Université Queen's, School of Business, Monieson Centre for Business Research in Healthcare. Accessible en ligne à l'adresse https://smith.queensu.ca/centres/monieson/knowledge_articles/queens-health-policy-change-conference-series.php.
- Morgan, Steven G., Jamie R. Daw, et Michael R. Law. 2013. *Rethinking Pharmacare in Canada*. Commentaire 384. Toronto : Institut C.D. Howe.

Nelson, S., J. Turnbull, L. Bainbridge, T. Caulfield, G. Hudon, D. Kendel, D. Mowat, et al. 2014.
Optimizing Scopes of Practice: New Models of Care for a New Health Care System. Ottawa : Académie canadienne des sciences de la santé.

Protti, Denis. 2015. *Missed Connections: The Adoption of Information Technology in Canadian Healthcare*.
Commentaire 422. Toronto : Institut C.D. Howe.

Le présent cyberbulletin est une publication de l'Institut C.D. Howe.

Åke G. Blomqvist est professeur auxiliaire de recherche à l'Université Carleton et chercheur en politiques en matière de santé à l'Institut C.D. Howe.

Colin Busby est codirecteur de la recherche à l'Institut C.D. Howe

Ce cyberbulletin est disponible sur le site www.cdhowe.org.

Il est permis de reproduire ce texte, à condition que son contenu ne soit pas modifié et que la référence soit indiquée comme il se doit.