

Les Faits

Les coûts et le rendement du système de santé canadien

Ce que nous dépensons et comment nous le faisons

La Commission a effectué ses travaux dans un contexte historique très précis. Notre système de santé a en grande partie été bâti sur un modèle de réaction à la maladie, dans lequel les services de traitement dominant et les soins sont concentrés dans les centres médicaux, les hôpitaux et d'autres établissements. Les médecins sont le plus souvent le point d'accès à ce système de soins actifs.

Quelque 200 milliards de dollars, qui représentent presque la moitié de certains budgets provinciaux, sont maintenant consacrés annuellement au fonctionnement de ce système qui, si l'on se fonde sur le PIB, se classe au sixième rang des systèmes de santé les plus coûteux du monde par habitant^{1,2}. De ce montant, plus des trois quarts (environ 76 %) sont consacrés aux hôpitaux et autres établissements, aux honoraires des médecins et aux médicaments³. Les coûts hospitaliers comprennent des dépenses comme les salaires du personnel infirmier.

La répartition publique/privée des dépenses en soins de santé est d'environ 70:30, la portion publique représentant 70,6 %, en baisse par rapport aux 74,5 % de 1990 et un peu moins de la [moyenne de 71,7 % de l'OCDE en 2009](#)⁴. Les services assurés financés à même les fonds publics au Canada comprennent les suivants :

- les services médicalement nécessaires fournis par un médecin;
- les services de santé assurés fournis dans un hôpital ou une clinique externe, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités.

Comme l'a signalé Santé Canada (2011), « les régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux peuvent également comprendre certains "avantages complémentaires". Ces avantages complémentaires sont financés et fournis à la discrétion des gouvernements provinciaux et territoriaux⁵ ». Ces services, souvent à l'intention de groupes particuliers de la population (p. ex., les enfants, les personnes pauvres) ou d'autres qui ont certains besoins en santé, pourraient comprendre les suivants :

- les médicaments d'ordonnance
- les soins dentaires
- les soins de la vue
- les services chiropratiques
- les services d'ambulance

Notre capacité d'offrir des *soins médicalement nécessaires* a changé de manière spectaculaire et comprend un large éventail de contextes, dont les soins actifs complexes prodigués au domicile des Canadiens et des Canadiennes. Aujourd'hui, l'admission à l'hôpital ne fait parfois même pas partie des options dans le cas d'interventions qui auraient autrefois nécessité un séjour de plusieurs jours à l'hôpital. Le financement n'a cependant pas suivi les progrès des sciences de la santé que ces politiques ont rendus possible. Lorsque les soins ne sont plus dispensés au cabinet du médecin, dans une clinique spécialisée ou dans un hôpital, le financement et la disponibilité des services peuvent devenir beaucoup moins évidents. Pour cette raison, les dépenses visant des services jugés médicalement nécessaires et pour lesquels le système public d'assurance maladie a été créé, peuvent maintenant incomber directement aux patients (et/ou à leurs assureurs privés) qui se trouvent chez eux parce que les soins ne sont plus fournis dans un hôpital.

La gravité et le besoin n'ont peut-être pas changé, mais les dépenses pour les Canadiens et les Canadiennes individuellement ont sans contredit, quant à elles, changé. Malgré tous les progrès réalisés pour renforcer la santé de la population et une décennie de discussions sur les soins centrés sur les patients, nous nous accrochons à un modèle dans lequel la population canadienne doit suivre le financement assuré au lieu de l'inverse. Cette histoire est d'ailleurs intéressante : malgré la rhétorique politique et la transition de grande envergure vers un nombre grandissant de services assurés à l'extérieur des établissements traditionnels, on constate en réalité que les dépenses publiques en soins de santé n'ont pas beaucoup changé. Les chiffres ont fluctué un peu au fil du temps – un peu. Cependant, dans les limites des 70 % des dépenses générales en soins de santé soutenues par le secteur public, la portion consacrée aux hôpitaux et aux autres établissements, aux médecins et aux médicaments est demeurée stable à environ 70 % au cours de la dernière décennie⁶.

Nous savons que de nombreuses interventions ne se font plus dans les hôpitaux et la durée du séjour a certainement diminué au cours d'une génération. Et compte tenu de la [moitié du nombre de lits d'hôpital que la moyenne de l'OCDE](#)⁷, nous savons aussi que quelqu'un assume nécessairement les coûts de ces changements dans les soins de santé, tant sur le plan financier qu'autrement.

Ce modèle de financement pose un problème important et alarmant dans une société où le groupe démographique à la croissance la plus rapide est celui des personnes âgées, en particulier parce que ces personnes vivront probablement plus longtemps atteints d'une ou de plusieurs maladies chroniques, alors qu'elles comptent uniquement sur des revenus fixes et de modestes pensions. Nous savons déjà que le coût, à lui seul, fait augmenter considérablement le nombre de Canadiens et de Canadiennes qui ne suivent pas les traitements médicalement nécessaires prescrits pour améliorer leur santé⁸. On nous a même raconté que des patients atteints de cancer cherchaient à se faire admettre

Les Canadiens en mauvaise santé, à faible revenu et sans assurance médicaments ont plus souvent dit qu'ils ne se suivaient pas les ordonnances en raison de leur coût.

« Environ 1 Canadien sur 10 qui reçoit une ordonnance indique ne pas s'y être conformé en raison du coût ».

[Law, Cheng, Dhalla, Heard et Morgan, 2012](#)

aux urgences parce que les coûts des traitements nécessaires, y compris celui de certains médicaments, seraient entièrement assurés une fois hospitalisés.

Dans un résumé de ce qu'il fallait faire, lors d'un forum sur les soins continus organisé en mars 2012 par la [Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers](#), John G. Abbott, chef de la direction du Conseil canadien de la santé, a déclaré qu'un « système intégré de soins continus est l'une des pierres angulaires des systèmes de santé très performants⁹ ». Il a en outre ajouté que « le défi du Canada sera d'adapter convenablement les priorités pour aligner notre financement avec les besoins de personnes qui requièrent des soins à domicile et communautaires¹⁰ ».

Résultats en santé et rendement du système

Dans une analyse des modèles actuels de financement du système de santé entrepris par la Commission, Soroka et Mahon ont souligné une « augmentation alarmante des dépenses publiques de santé » depuis le milieu des années 1990¹¹. En tenant compte de l'inflation, « les dépenses par habitant en 2010 [...] pour les soins de santé au Canada ont augmenté de plus de 50 % par rapport à 1996¹² ». Les auteurs signalent en outre que les dépenses accrues en santé ont coïncidé avec de meilleures évaluations du système par la population canadienne. Les investissements dans les médicaments, les hôpitaux et la santé publique ressortent comme des aspects particulièrement importants dans les évaluations variables de la qualité des soins de santé par le public.

Une perception publique positive pourrait effectivement refléter des améliorations réelles des soins, mais nos résultats en santé de la population et nos classements internationaux en matière de rendement donnent à penser qu'il en va autrement. Donc, au-delà de la perception publique, qu'achetons-nous avec toutes les sommes investies? Il est évident que des initiatives telles que les stratégies visant à réduire les temps d'attente pour certaines interventions chirurgicales – adoptées à la suite de l'Accord 2004-2014 sur la santé – ont contribué à améliorer les perceptions publiques. Toutefois, le fait que le public continue de tenir à des hôpitaux, à des médecins et à des médicaments coûteux peut refléter en réalité l'incertitude à l'égard des autres services qui, croient-ils (ou espèrent-ils), pourraient être mis en place pour améliorer la santé et traiter la maladie de manière plus abordable. Autrement dit, « si vous m'enlevez mon hôpital ou mes urgences, où vais-je aller pour me faire soigner? À quoi cet endroit ressemblera-t-il? »

On ne peut présumer ici d'une cause à effet évidemment, mais nous signalons l'observation des chercheurs Soroka et Mahon selon laquelle « les dépenses dans d'autres aspects de soins de santé ne sont pas clairement associées à de meilleures évaluations publiques¹³ ». Cet écart existe-t-il parce que le public n'accorde pas de valeur à d'autres types de services? Comprend-il ces services, les connaît-il ou même y a-t-il déjà eu recours? L'importance constamment accordée aux soins actifs est indéniablement l'une des difficultés que nous empêche de déplacer le système à l'extérieur des murs des hôpitaux. Le Conference Board du Canada a signalé que « le financement de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie entre invariablement en conflit avec les exigences financières du système des soins de santé [actifs] » et « qu'il est souvent politiquement difficile de nier les besoins urgents dans le présent pour investir dans l'avenir¹⁴ ».

Même notre intérêt pour un public et une population en santé s'est manifesté de manière sporadique et épisodique, s'accroissant lorsque sont survenues des crises aiguës de maladies transmissibles, par exemple le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), la crise de l'eau à Walkerton (Ontario) et l'influenza H1-N1, pour ensuite s'atténuer et retourner en arrière-plan. La crise actuelle – l'obésité – n'est pas transmissible, mais son augmentation dans la société pourrait nous inciter à penser le contraire. La compréhension soudaine du fardeau faramineux de la maladie (et de ses coûts financiers connexes) que devra assumer la prochaine génération a une fois encore suscité une attention inquiète à l'égard du bien-être, de la santé publique, de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie.

Comment le Canada s'en tire-t-il par comparaison?

Divers organismes nationaux et internationaux ont tenté d'évaluer avec exactitude les résultats en santé et ceux du système de santé qu'obtiennent les Canadiens et les Canadiennes par leurs investissements à ces égards. Les résultats sont, comme on pouvait s'y attendre, mitigés et l'Institut canadien d'information sur la santé nous prévient que « les méthodes de classement de la santé et des soins de santé ne sont ni normalisés ni bien comprises¹⁵ ». Comme dans toutes ces analyses, l'« éclairage » peut être déplacé pour favoriser différents points de vue de la « vérité ». Nous constatons donc que le Canada s'est classé 23^e (même 30^e) parmi les 30 pays de l'OCDE dans certaines analyses des indicateurs de rendement du système – et pourtant, au premier rang dans d'autres¹⁶. Le Canada peut peut-être observer qu'il se dégage de ces analyses l'impression générale que nous dépensons beaucoup (et nous continuons de le faire) et que nous pouvons et devons trouver des moyens d'être en meilleure santé, d'offrir de meilleurs soins et une meilleure valeur.

Mirror, Mirror on the Wall, Commonwealth Fund, 2010

Parmi sept nations nantes de l'OCDE (Australie, Canada, Allemagne, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et États-Unis) étudiées par le [Commonwealth Fund en 2010](#), le système de santé du Canada s'est classé au second rang en ce qui concerne le coût et l'avant-dernier en ce qui concerne les indicateurs de rendement, précédé et suivi dans les deux cas des États-Unis¹⁷. Même si nous avons obtenu de bons résultats en ce qui concerne l'espérance de vie, le Canada a de piètres résultats pour ce qui est de l'équité et de l'efficacité¹⁸. Les auteurs de l'étude ont signalé, par exemple, qu'en se basant sur le coût, les Canadiens pauvres ont moins accès aux services nécessaires comme les soins dentaires et les produits pharmaceutiques¹⁹. Ce résultat peut se refléter dans l'observation de l'OCDE selon laquelle [le problème de l'inégalité du revenu s'accroît au Canada](#)²⁰ – et est peut-être lié à sa [recommandation de septembre 2010](#), à savoir que les produits pharmaceutiques, les soins à domicile et les soins thérapeutiques fassent partie de l'ensemble des services soutenus par le secteur public au Canada²¹.

La Commission est très préoccupée par le dernier rang global qu'occupe le Canada dans l'étude du Commonwealth Fund pour ce qui est de la qualité des soins; ce classement indique que le pays a obtenu les scores les plus faibles pour l'efficacité et l'opportunité des soins, et une cinquième place (sur sept) pour la sécurité et la coordination des soins et l'accent mis sur

les patients²². Nous nous sommes classés au cinquième rang pour ce qui est des mesures d'accès et au sixième pour l'efficacité²³.

Dans un commentaire sur cette étude, le journaliste en politique sur la santé, André Picard, a sans ménagement résumé les préoccupations exprimées pendant un grand nombre de nos consultations pancanadiennes et dit que « le Canada n'a pas un système de santé centré sur les patients ». M. Picard croit que « la communication avec les patients est pitoyable, que les soins à la clientèle sont à peu près inexistantes et les possibilités de rétroaction, minimes²⁴ ».

[International Profiles of Health Care Systems, Commonwealth Fund, 2010](#)

Pourtant, les faibles scores d'efficacité attribués au Canada dans l'étude *Mirror, Mirror* rendent compte de problèmes qui peuvent être corrigés, par exemple l'utilisation excessive des urgences et les taux élevés de réadmission après le congé obtenu de l'hôpital. L'encombrement des salles d'urgence explique en partie le faible classement du Canada au titre de l'accès aux soins (comparativement à 12 pays de l'OCDE) dans le document *International Profiles* du Commonwealth Fund. Ce classement s'explique par le piètre rendement en ce qui a trait à l'accès aux soins après les heures d'ouverture. Les auteurs de l'étude ont en outre constaté que nous nous classons au premier rang des temps d'attente les plus longs pour les soins spécialisés et au deuxième rang pour ce qui est des chirurgies non urgentes²⁵. Ces types de constatations renforcent les expériences que de si nombreux Canadiens et Canadiennes ont vécues : aucun accès à un fournisseur de soins primaires régulier (ou accès à un moment qui ne convient pas), longues attentes aux urgences, longues attentes pour des chirurgies et accès irrégulier à des soins nécessaires après l'hospitalisation.

La situation des lits d'hôpital réservés aux soins actifs reflète cet état lamentable. Tous les jours, environ 14 % de tous les lits d'hôpital réservés aux soins actifs au pays – soit 5 200 quotidiennement – sont occupés par des patients « d'autres niveaux de soins » (ANS) qui n'ont pas besoin de soins actifs et qui pourraient recevoir des soins dans un autre contexte (p. ex. soins à domicile, soins palliatifs, soins de longue durée) s'ils existaient²⁶. « D'un point de vue clinique, ces patients n'ont plus besoin de soins médicaux intensifs ou spécialisés qu'assurent les hôpitaux de soins actifs et ils peuvent en toute sécurité obtenir leur congé et obtenir les services d'un fournisseur de soins post-hospitaliers ou des services communautaires (avec de l'aide familiale ou communautaire à domicile²⁷ ». Dans certaines provinces, cette moyenne est encore plus élevée, et dans certains hôpitaux, certains jours, ce chiffre passe à *un tiers* des lits²⁸.

Lorsque 10 % des patients qui reçoivent des soins actifs (en attente de soins de longue durée) reçoivent plutôt des soins à domicile en Ontario, il en résulte des économies de 35 millions de dollars.

Source : Centre d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs et Ontario Hospital Association. (2010).

Cette dépense énorme témoigne de l'importance que nous accordons aux hôpitaux de soins actifs (et de notre dépendance à leur égard) et de notre échec à investir dans les soins à domicile et les soins communautaires, les soins de longue durée, les services palliatifs et services de fin de vie nécessaires si vous voulons répondre aux besoins réels de la population

en santé. Une autre solution consisterait à imaginer que les lits ailleurs que dans les hôpitaux où sont prodigués des soins actifs puissent servir à des fins diverses : dans un système renouvelé, ils deviendraient des lits « d'autres niveaux de soins » ou de soins « pour affections subaiguës » qui pourraient comprendre un amalgame de soins de longue durée, de soins de relève de courte durée, de soins de réadaptation et/ou de soins palliatifs, selon les besoins. Comme l'a signalé l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario dans son mémoire (2011) à la Commission, de continuer à investir dans les soins actifs ne fait que perpétuer « l'inefficacité, l'inefficience et le coût des soins²⁹ ».

Notre rendement (et parfois notre gaspillage) dans d'autres domaines était de la même manière déconcertant. Par exemple, malgré les milliards de dollars dépensés au cours des 20 dernières années, le Canada se classe bon dernier dans le *Profiles* du Commonwealth Fund pour ce qui est de l'utilisation des dossiers électroniques par les médecins dans leur pratique³⁰. Même si ces taux sont proches de la marque de 50 % dans certains pays, ils dépassent déjà 90 % dans sept des pays de comparaison du Commonwealth Fund³¹. Évidemment, cette question va bien au-delà des médecins – mais ceux-ci servaient de mesure commune dans l'analyse du Commonwealth Fund.

[Health Overview, Conference Board du Canada, 2012](#)

Le Conference Board du Canada, qui a examiné plutôt les *résultats en santé* que le *rendement du système*, accorde au Canada un classement général de « B », nous classant au 10^e rang de 17 pays semblables de l'OCDE (après le Japon, la Suisse, l'Italie, la Norvège, la Finlande, la Suède, la France, l'Australie et l'Allemagne³²). Les auteurs notent que même si nous avons obtenu un score de « B » depuis les cinq dernières décennies, nous faisons quelques progrès, les taux de mortalité ayant diminué pour certaines maladies. Nous avons simplement maintenu notre score, malgré cette amélioration, parce que les pays de comparaison se sont aussi beaucoup améliorés. Notre score relatif général est donc resté inchangé.

L'étude conclut que la mortalité attribuable au cancer, au diabète et aux maladies musculo-squelettiques, de même que la mortalité infantile, correspondent à un score de « C » et justifient que des mesures soient prises pour améliorer la santé générale de la société. Le Conference Board souligne avec inquiétude que « le Canada a un taux de mortalité qui se classe au troisième rang par rapport aux autres pays de comparaison en raison du diabète, et que la prévalence de cette maladie continue d'augmenter. Cette situation devrait sonner l'alarme, non seulement chez les décideurs canadiens, mais également dans le public³³ ». Chacun de ces aspects est lié à de vastes déterminants de la santé et pourrait changer grâce à des services de soins de santé primaires élargis, y compris des services de promotion de la santé et de gestion des maladies chroniques assurés par les infirmières et les infirmiers.

Limiter les coûts, améliorer la santé : des solutions existent

Aller au-delà des dépenses en soins de santé et penser différemment à l'investissement en santé

Il est clair, en ce qui concerne les services que nous obtenons des investissements dans les soins de santé au Canada, que nous avons des problèmes importants à examiner dans l'ensemble existant des services de soins primaires, secondaires et tertiaires. Dans leur examen des éléments déterminants de la santé, Browne, Birch et Thabane sont très directs et concluent que notre système « [...] principalement mené par des médecins et des hôpitaux assurés, fournit des soins aigus et épisodiques, qui sont mal adaptés à l'évolution démographique des personnes atteintes de maladies chroniques et vivant plus longtemps³⁴ ». En se fondant sur les données empiriques de 2005 de l'OCDE, les auteurs notent « qu'après ajustement du produit intérieur brut par habitant, c'est plutôt le ratio des dépenses en services sociaux par rapport aux dépenses en services de santé qui est associé à de meilleurs résultats au regard des principaux indicateurs de santé³⁵ ». Pour cette raison, les auteurs concluent :

« Ces constatations donnent à penser que compte tenu du paradoxe des dépenses élevées en santé sans amélioration des résultats, les différences entre les pays de l'OCDE tiennent peut-être aux dépenses dans les prestations et les services sociaux qui sont associés à de meilleurs résultats en santé tels que la mortalité infantile, l'espérance de vie et les années de vie perdues possibles³⁶. » (traduction libre)

Lorsque nous nous interrogeons sur ce que nous devrions faire pour améliorer notre rendement tout en limitant la hausse des coûts, nous revenons invariablement aux faits probants remarquablement présents dans la littérature connexe : la santé est un produit de nombreux facteurs qui vont au-delà des soins de santé. En 2009, le [Sous-comité sénatorial sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie](#) a conclu que les soins de santé représentent seulement 25 % de la santé de la population³⁷. Il reste donc 75 % ailleurs. Le Sous-comité a soutenu que « la santé de la population dépend de facteurs socioéconomiques dans une proportion d'au moins 50 pour 100 », y compris le développement de la petite enfance, le revenu, l'éducation, le logement et le soutien social³⁸. Comme nous dit succinctement le Conference Board du Canada :

La plupart des pays qui affichent la meilleure performance ont obtenu de meilleurs résultats en santé grâce à des mesures qui ont visé les déterminants importants de la santé tels que l'intendance environnementale et les programmes de promotion de la santé axés sur des modifications du mode de vie, notamment la cessation du tabagisme, l'augmentation de l'activité physique, des régimes alimentaires plus sains et des habitudes de conduite plus sécuritaires. Les pays en tête de liste se préoccupent également d'autres déterminants de la santé comme l'éducation, le développement de la petite enfance, le revenu et le statut social, pour améliorer les résultats en santé³⁹.

Le Conference Board du Canada s'est dit inquiet que « le Canada ne fasse pas beaucoup de progrès en prévention de la maladie et en promotion de la santé⁴⁰. Il a noté que « dans les pays dont les populations sont considérablement plus âgées que celle du Canada – par exemple le Japon et la Suède – les systèmes de santé *ne* sont *pas* plus coûteux⁴¹ ». La Suède, qui compte l'une des populations les plus âgées du monde, « a fait une priorité d'une approche intégrée, adaptant les soins à domicile, les soins de santé et les activités de condition physique aux besoins des Suédois âgés⁴² ». Le Conference Board du Canada a conclu que « le Canada n'a pas d'autre choix que d'adapter un modèle qui soit axé sur de bonnes pratiques de soins primaires et approches en santé des populations, en particulier prévenir et gérer les maladies chroniques, et qu'il doit reconnaître et récompenser les services de soins de santé de haute qualité⁴³ ».

Saviez-vous que...

Les Canadiens dépensent presque un tiers de moins que les Américains en soins de santé (par rapport au PIB) et vivent deux ans de plus?

Les citoyens de la Suède, de l'Autriche, de l'Italie et du Japon vivent tous plus longtemps que les Canadiens tout en dépensant moins en soins de santé.

Source :

UC Atlas. *Health Care Spending*

Extrait de <http://ucatlans.ncsc.edu/spend.php>

Ces conclusions sur l'impact de la santé de facteurs qui vont au-delà des soins de santé sembleraient se confirmer dans les travaux de Muntaner, Ng et Chung, qui exhortent à « proposer des recommandations stratégiques de grande ampleur [...] pour encourager l'action intersectorielle en santé⁴⁴ ». Starfield a conclu que la littérature sur les avantages des systèmes de santé centrés sur les soins primaires « confirme qu'on obtient une meilleure efficacité, une meilleure efficacité et une meilleure équité⁴⁵ ».

À la suite de ses recherches, le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations a fait 22 recommandations; parmi elles, que le Premier ministre du Canada « prenne les devants pour annoncer, élaborer et mettre en œuvre, à l'échelon fédéral, une politique sur la santé de la population » et que « le Secrétariat du Conseil du Trésor prenne les devants et élargisse la gamme des modèles et des ressources disponibles en vue de la gestion de collaboration horizontale et verticale⁴⁶ ».

Et qu'en est-il du modèle actuel des soins de santé au Canada?

Tout en adoptant une perspective de la santé élargie à l'avenir, nous devons également examiner les modèles, les pratiques et les coûts liés à notre système de santé actuel. Les deux aspects doivent être abordés. La Commission a reçu de nombreux mémoires et découvert des exemples d'innovations en soins infirmiers, en prestation de soins de santé et en modèles de systèmes qui tous peuvent éclairer les décisions sur la façon dont les soins seront transformés, là où ils le seront, par qui et à quel coût. En voici des exemples : 1) assurer beaucoup plus de soins à l'extérieur des hôpitaux; 2) grâce à des équipes de fournisseurs, avoir des points d'accès multiples aux soins, aux heures et aux endroits qui conviennent à la population canadienne; 3) élargir les champs de pratique des infirmières, des infirmiers et des médecins; et 4) mettre en place dans la société la gamme des services qui feront en sorte que les Canadiens et les

Canadiennes pourront vivre très vieux aussi en santé que possible, et le plus possible dans leur foyer et leur collectivité.

Un exemple : les maladies chroniques

Si nous ne prenions qu'une seule mesure, une gestion plus efficace des soins et des coûts des maladies chroniques contribuerait grandement à changer les choses au Canada et, en plus d'un vieillissement en santé, cela pourrait devenir l'un de nos « programmes nationaux de marque⁴⁷ ». Selon le *Centre on Global Health Security*, « des investissements modestes visant à prévenir et à traiter les maladies non transmissibles pourraient procurer des avantages économiques importants et sauver des dizaines de millions de vies »; il ajoute que chaque dollar consacré à la gestion de maladies non transmissibles en rapporte trois⁴⁸ ».

De plus, les soins des personnes âgées et de celles qui sont atteintes de maladies chroniques ou non transmissibles (souvent la même population) doivent être une préoccupation principale du personnel infirmier. Une grande partie de la promotion de la santé, du bien-être et du traitement dont ont besoin ces groupes pourrait être presque entièrement confiée de manière indépendante, sécuritaire et efficace à la profession infirmière (c.-à-d. les infirmières et infirmiers autorisés qui ont une formation de grande qualité dans ces domaines, mais pas tous des infirmières ou infirmiers praticiens titulaires d'une maîtrise).

Des résultats différents dépendent indéniablement de la réaffectation des fonds et de la mobilisation différentes du personnel infirmier. Cependant, les résultats peuvent être impressionnants. On a constaté, par exemple :

Qu'en faisant passer le maximum quotidien des soins à domicile à 200 \$ par jour pour maximiser les soins offerts à domicile à ces personnes (pour couvrir le coût du préposé aux services de soutien à la personne par jour et les visites professionnelles par semaine) ferait économiser 250 \$ par jour en coûts hospitaliers par patient, soit 750 000 \$ par jour pour 3 000 Ontariens et Ontariennes, multiplié par 365 jours. Il en résulterait des économies totales de 27 375 000 \$ par année en coûts hospitaliers qui pourraient être réaffectés aux soins à domicile (Browne, Birch et Thabane, 2012, p. 23)⁴⁹

Ces rendements de l'investissement ont de l'importance si nous tenons compte des éléments suivants :

- des experts comme ceux de l'Agence de santé publique du Canada estiment que « les maladies chroniques coûtent aux Canadiens au moins 190 milliards de dollars en coûts directs et indirects par année⁵⁰ »;
- le Forum économique mondial nous dit que les pertes de productivité attribuables aux maladies chroniques dépassent en réalité 400 % des coûts des soins médicaux directs⁵¹;
- l'étude sur la prévention et la gestion des maladies chroniques, effectuée en Ontario en 2007 a estimé que toutes les réductions de 10 % des dépenses pour les maladies chroniques entraîneraient des économies annuelles de 1,2 milliard de dollars en Ontario seulement⁵².

Répercussions à l'avenir

Il nous apparaît clairement que nous devons réformer notre système en profondeur pour répondre aux besoins de la population au cours de ce siècle et limiter la montée en flèche des coûts. Compte tenu de la prépondérance des faits probants, la voie vers *une meilleure santé, de meilleurs soins et une meilleure valeur* nous semble claire :

- nous devons modifier, renouveler et revoir avec vigueur des aspects de notre système de soins primaires et de soins actifs.
- Nous devons miser sur les efforts de transformation déjà en cours, ne pas recommencer de nouveau; s'efforcer plutôt d'accélérer les mesures et les modifier dans certains secteurs pour rendre les services de soins plus maniables, efficaces et accessibles à tous.
- Nous devons tous élargir nos concepts communs de santé et de soins de santé pour y inclure la mise en œuvre urgente d'un ensemble élargi de services de soins de santé primaires, capables de répondre efficacement aux difficultés actuelles et inquiétantes de la santé de la population qu'une génération de travaux de recherche a fait ressortir.

¹ Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Extrait de https://secure.cihi.ca/free_products/health_care_cost_drivers_the_facts_fr.pdf

² Fraser Institute. (Octobre 2010). *Fraser Alert: Value for Money from Health Insurance Systems in Canada and the OECD*. Extrait de <http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/value-for-money-health-insurance-systems.pdf>

³ Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Extrait de https://secure.cihi.ca/free_products/health_care_cost_drivers_the_facts_fr.pdf

⁴ Organisation de coopération et de développement économiques. (2011). *OECD Health Data 2011: How does Canada Compare?* Paris, France : Auteur. Extrait de <http://www.oecd.org/dataoecd/46/33/38979719.pdf>

⁵ Santé Canada. (2011). *Loi canadienne sur la santé – Fore aux questions*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Extrait de <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/faq-fra.php>

⁶ Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2011*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Page xv. Extrait de https://secure.cihi.ca/free_products/nhex_trends_report_2011_fr.pdf

⁷ Organisation de coopération et de développement économiques. (2011). *OECD Health Data 2011: How does Canada Compare?* Paris, France : Auteur. Extrait de <http://www.oecd.org/dataoecd/46/33/38979719.pdf>

⁸ Law, M., Cheng, L., Dhalla, I., Heard, D. et Morgan, S. (2012). The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada. *CMAJ*. Vol. 184, n° 3. Doi: 10.1503/cmaj.111270. Extrait de <http://www.cmaj.ca/content/184/3/297>

⁹ Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (8 mars 2012). *Le personnel infirmier demande aux gouvernements fédéral et provinciaux d'élaborer un plan d'action commun pour répondre aux besoins des aînés et des patients en matière de santé Le statu quo n'est pas une option*. Communiqué. Ottawa (Ontario). Extrait de <http://www.fcsii.ca/nouvelles/le-personnel-infirmier-demande-aux-gouvernements-federal-et-provinciaux-d-elaborer-un-plan>

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ Soroka, S. et Mahon, A. (2012). *Une analyse de l'impact du financement et des modèles de financement du système de santé actuel, ainsi que la valeur de la santé et des services de santé au Canada*. Page 9. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et Association des infirmières et infirmiers du Canada.

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*, p. 19.

¹⁴ Conference Board du Canada. (2012). *How Canada Performs: Details and Analysis – Health*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Extrait de <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/health.aspx>

¹⁵ Institut canadien d'information sur la santé. (2008). *Comprendre les méthodes de classement relatives à la santé*. Page iii. Ottawa (Ontario) : Auteur. Extrait de https://secure.cihi.ca/free_products/MakingSense_HealthRankings_web_secure_f.pdf

¹⁶ *Ibid.* Dans Health Consumer Powerhouse AB and Frontier Centre for Public Policy. (2008). *Euro-Canada Health Consumer Index*. Pages 2 et 26. Extrait de http://www.healthpowerhouse.com/files/ECHCI_2008_Full_Report_final.pdf

¹⁷ The Commonwealth Fund. (2010). *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health care System Compares Internationally*. Page v. New York, N.Y. : Auteur. Extrait de http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Jun/1400_Davis_Mirror_Mirror_on_the_wall_2010.pdf

¹⁸ *Ibid.*, p. 16 et v.

¹⁹ *Ibid.*, p. 14.

²⁰ Organisation de coopération et de développement économiques. (2011). *Toujours plus d'inégalité : Pourquoi les écarts de revenus se creusent. Notes par pays : Canada*. Paris, France : Auteur. Extrait de http://www.oecd.org/document/51/0,3746,fr_2649_33933_49147850_1_1_1_1,00.html

²¹ Organisation de coopération et de développement économiques. (2010). *Étude économique du Canada 2010*. Paris, France : Auteur. Extrait de http://www.oecd.org/document/56/0,3746,fr_2649_33733_45925446_1_1_1_1,00.html

²² The Commonwealth Fund. (2010). *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health care System Compares Internationally*. Page v. New York, N.Y. : Auteur. Extrait de http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Jun/1400_Davis_Mirror_Mirror_on_the_wall_2010.pdf

²³ *Ibid.*

²⁴ The Globe and Mail. *Universal health care matters, but so does quality*. Extrait de <http://www.theglobeandmail.com/life/health/universal-health-care-matters-but-so-does-quality/article1640393/>

²⁵ The Commonwealth Fund. (2010). *International Profiles of Health Care Systems*. Pages 6 et 14. New York, N.Y. : Auteur. Extrait de http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Jun/1417_Squires_Intl_Profiles_6_22.pdf

²⁶ Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Analyse en bref : Niveaux de soins alternatifs au Canada*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Extrait de https://secure.cihi.ca/free_products/ALC_AIB_FINAL_FR.pdf

²⁷ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2011). *Exploring alternative level of care (ALC) and the role of funding policies: An evolving evidence base for Canada*. Ottawa : Auteur. Extrait de http://www.chsrf.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/0666-HC-Report-SUTHERLAND_final.sfb.ashx

²⁸ *Ibid.*

²⁹ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2011). *Submission to the Canadian Nurses Association National Expert Commission on Transforming the Health-Care System*.

³⁰ Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P., Doty, M., Peugh, J. et Zapert, K. (2006). On the Front Lines of Care: Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, and Views in Seven Countries. *Health Affairs*. Vol. 25, n° 6. Extrait de <http://content.healthaffairs.org/content/25/6/w555.full>

³¹ *Ibid.*

³² Conference Board du Canada. (2012). *How Canada Performs: Health Overview*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Extrait de <http://www.conferenceboard.ca/hcp/overview/health-overview.aspx>

³³ Conference Board du Canada. (2012). *How Canada Performs: Details and Analysis - Health*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Extrait de <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/health.aspx>

³⁴ Browne, G., Birch, S. et Thabane, L. (2012). *De meilleurs soins : une analyse des soins infirmiers et des résultats du système de santé*. Page 1. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et Association des infirmières et infirmiers du Canada.

³⁵ *Ibid.*

³⁶ Browne, G., Birch, S. et Thabane, L. (2012). *De meilleurs soins : une analyse des soins infirmiers et des résultats du système de santé*. Page 24. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et Association des infirmières et infirmiers du Canada.

³⁷ Keon, J. et Pepin, L. (2009). *Un Canada en santé et productif : Une approche axe sur les déterminants de la santé*. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Rapport final du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations. Page 8. Extrait de <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/rephealth1jun09-f.pdf>

³⁸ *Ibid.*, p. 8.

³⁹ Conference Board du Canada. (2010). *How Canada Performs: Health Overview*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Extrait de <http://www.conferenceboard.ca/hcp/overview/health-overview.aspx>

⁴⁰ Conference Board du Canada. (2012). *How Canada Performs: Details and Analysis - Health*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Extrait de <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/health.aspx>

⁴¹ *Ibid.*

⁴² *Ibid.*

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ Muntaner, C., Ng, E. et Chung, H. (2012). *Meilleure santé : une analyse des politiques et des programmes publics qui sont fondés sur les déterminants et les résultats de santé et qui sont efficaces pour avoir des populations les plus en santé*. Page 14. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et Association des infirmières et infirmiers du Canada.

⁴⁵ Starfield, B. (2011). Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency

of health services. Page 1. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012. doi:10.1016/j.gaceta.2011.10.009. Extrait de [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0213-9111\(11\)00387-6.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0213-9111(11)00387-6.pdf)

⁴⁶ Keon, J. et Pepin, L. (2009). *Un Canada en santé et productif : Une approche axe sur les déterminants de la santé*. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Rapport final du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations. Page ii. Extrait de <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/rephealth1jun09-f.pdf>

⁴⁷ Envoyé par Twitter par la présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, Linda Silas, pendant la « National Discussion on Continuing Care » tenue par la Fédération (8 mars 2012).

⁴⁸ Chand, S. (2012). *Briefing paper - Silent Killer, Economic Opportunity: Re-Thinking Non-Communicable Disease*. Centre on Global Health Security. Extrait de www.chathamhouse.org/research/global-health

⁴⁹ Browne, G., Birch, S. et Thabane, L. (2012). *De meilleurs soins : une analyse des soins infirmiers et des résultats du système de santé*. Page 24. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et Association des infirmières et infirmiers du Canada.

⁵⁰ Agence de la santé publique du Canada, (2011). *Document d'information : Sommet des Nations Unies sur les maladies non transmissibles – Maladies chroniques – Principale cause de décès au monde*. Ottawa : Auteur. Extrait de http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2011/2011_0919-bg-di-fra.php

⁵¹ Forum économique mondial. (2008). *Working towards wellness: The business rationale*. p. 4. Genève, Suisse : Auteur. Extrait de https://members.weforum.org/pdf/Wellness/Bus_Rationale.pdf

⁵² Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs et Ontario Hospital Association. (2010). *Ideas and opportunities for bending the health care cost curve*. Page 8. Toronto : Auteurs. Extrait de [http://www.oha.com/News/MediaCentre/Documents/Bending%20the%20Health%20Care%20Cost%20Curve%20\(Final%20Report%20-%20April%2013%202010\).pdf](http://www.oha.com/News/MediaCentre/Documents/Bending%20the%20Health%20Care%20Cost%20Curve%20(Final%20Report%20-%20April%2013%202010).pdf)