



Canadian Doctors for Medicare

Médecins canadiens pour le régime public

Garantir aux populations et aux familles vulnérables un accès équitable aux soins de santé

Le 6 octobre 2014

Mémoire de Médecins canadiens pour le régime public au Comité permanent des finances de la Chambre des communes

Audiences prébudgétaires ayant pour thème « Soutenir les familles et aider les Canadiens vulnérables en mettant l'accent sur la santé, l'éducation et la formation »

Mémoire au Comité permanent des finances de la Chambre des communes

Contexte : Médecins canadiens pour le régime public

Médecins canadiens pour le régime public s'intéresse vivement à l'évolution du rôle du fédéral dans les soins de santé. Notre organisation a été fondée par des médecins en 2006, en réaction à des événements dans la profession médicale et dans le monde de la politique publique qui menaçaient d'ébranler l'engagement national envers un accès équitable aux soins de santé. Nous revendiquons l'innovation dans les services de traitement et de prévention afin d'améliorer la qualité, la viabilité et l'équité de notre système de santé. Nous publions un grand nombre de documents d'information et d'analyses documentaires sur les soins de santé et la réforme de la santé qui, tous, suivent une démarche rigoureuse fondée sur des données probantes. Il est évident que les réformes fonctionneront mieux si elles s'inscrivent dans le cadre public existant; ainsi, elles pourront profiter à tous nos patients et pas uniquement à ceux qui peuvent payer pour se faire soigner.

Introduction

En tant que praticiens, les membres de Médecins canadiens pour le régime public constatent d'eux-mêmes les écarts en matière de soins dont sont victimes les Canadiens marginalisés et qui se heurtent à de nombreux obstacles. Nous croyons qu'il est nécessaire et possible d'améliorer l'expérience de soins des groupes les plus vulnérables du pays. Nous demandons à ce que des mesures soient prises dans trois domaines précis : premièrement, le respect de la *Loi canadienne sur la santé*; deuxièmement, l'élaboration d'un nouvel Accord sur la santé; enfin, l'amélioration de l'accès aux médicaments d'ordonnance grâce à un régime national d'assurance-médicaments. Ces trois réformes doivent commencer par un leadership solide et responsable de la part du fédéral, qui appliquera les mêmes normes d'un océan à l'autre pour rehausser l'équité des soins que reçoivent les Canadiens les plus vulnérables.

1. Faire appliquer la *Loi canadienne sur la santé* et s'assurer que les « modèles de prestation de rechange » maintiennent le principe d'équité

Dans le cadre de son engagement envers la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral doit reconnaître que des « nouvelles » formes de privatisation, de frais modérateurs et de surfacturation ont fait leur apparition depuis l'adoption unanime de la *Loi* en 1984. Certains profitent des échappatoires de la loi tout en en violant clairement l'esprit. Tous les paliers de gouvernement devraient coordonner leurs efforts pour veiller à ce que de telles violations ne soient pas tolérées, et s'engager à mettre fin à ces pratiques qui minent l'accès à des services publics équitables.

Pour faire respecter la *Loi canadienne sur la santé*, il apparaît nécessaire d'élaborer un cadre redditionnel qui oblige les provinces à réglementer ou à surveiller les cliniques de façon proactive pour s'assurer qu'elles respectent la législation.

On recense des exemples manifestes de violation à la *Loi* dans tout le pays, notamment :

- la surfacturation découlant de l'association de services assurés à des services non assurés;
- les frais modérateurs exorbitants facturés dans le secteur des soins primaires;
- le recours à la facturation à une tierce partie afin de contourner les interdictions de paiements pour des services assurés.

En plus de l'échec à contrer les contraventions sournoises commises, certains ont réussi à mener à bien des violations flagrantes. Par exemple, le gouvernement de la Colombie-Britannique a mené en 2012 un audit des activités de la société Cambie Surgeries qui a permis de mettre au jour le coût de ces violations pour les patients et la province. Selon l'audit, dans une période d'environ 30 jours, Cambie

Surgeries a fait payer 491 654 \$ en trop à ses patients et a soumis en double des factures totalisant 66 734 \$ (dans ce dernier cas, la province et le patient ont tous deux payé pour le même traitement)¹. On assiste ici à une prestation de services à but lucratif qui menace la viabilité du système de santé tout en exploitant les patients.

Les partisans des soins de santé à but lucratif affirment qu'un système de soins privés parallèle peut réduire le fardeau du système public. Il importe que le gouvernement fédéral reconnaisse qu'il existe de fortes indications selon lesquelles le fait de donner une plus grande place aux soins privés n'améliore *en rien* l'efficacité ou l'accès. En fait, une telle tactique a pour effet d'ériger des obstacles dans les deux secteurs². Les cliniques privées à but lucratif drainent le bassin limité de médecins et d'autres professionnels de la santé du reste du système de santé, ce qui a pour effet de rallonger les temps d'attente et de réduire l'accès aux soins³. Certains fournisseurs de services offrent un accès accéléré aux services assurés dans leurs cliniques, mais ils exigent des patients qu'ils paient des frais d'adhésion ou d'autres types de frais afin de pouvoir se prévaloir de ces services. Les patients qui n'ont pas payé ces frais n'ont pas accès aux services. Certes, cette méthode écourte peut-être les temps d'attente pour certains patients, mais elle accapare les ressources pour le reste du système, ce qui a pour effet de rallonger les temps d'attente en général. C'est cet exode qui a la plus grande incidence sur les Canadiens vulnérables qui n'ont pas les moyens de payer pour obtenir un traitement prioritaire. En fait, les faits démontrent que les soins de santé privés à but lucratif génèrent des résultats défavorables pour le patient à des coûts plus élevés que les soins sans but lucratif, et qu'ils génèrent plus de tests et d'interventions inutiles^{4, 5, 6}.

Non seulement les cliniques à but lucratif réduisent l'accès aux soins en général, mais elles tendent aussi à ignorer les marchés qui ne leur sont pas profitables, c'est-à-dire les collectivités les plus vulnérables du Canada (communautés en région éloignée et rurale, communautés autochtones, populations urbaines marginalisées, personnes qui ont besoin de soins chroniques complexes et de soins d'urgence). En fait, ce type de cliniques s'intéresse aux populations aisées des centres urbains qui, du reste, sont celles qui ont le moins de mal à obtenir des soins⁷. Les cliniques privées à but lucratif sont celles qui sont le moins présentes là où les besoins sont les plus criants, et elles exacerbent les iniquités qui minent notre système de santé.

Il convient de noter que le fait de ne pas appliquer la *Loi canadienne sur la santé* rend un bien mauvais service aux contribuables canadiens. La *Loi* habilite le gouvernement fédéral à demander aux provinces qui ne l'appliquent pas de lui rembourser les fonds publics qu'elle leur a versés. Le fait de ne pas reprendre l'argent auquel les contribuables ont légalement droit ne constitue pas un idéal de gestion des deniers publics.

2. Un accord fédéral sur la santé solide en 2014

Les accords sur la santé conclus en 2003 et en 2004 ont marqué le Canada de façon novatrice. Même si tous les objectifs n'ont pas été atteints, ils ont quand même servi à établir les buts et les priorités dans des secteurs essentiels comme les temps d'attente et les produits pharmaceutiques. En outre, ils

¹ <http://www.health.gov.bc.ca/msp/legislation/pdf/srccsc-audit-report-2012.pdf> [EN ANGLAIS SEULEMENT].

² N. Ivers, M. Schwandt, S. Hum, D. Martin, J. Tinmouth, et N. Pimlott, « A comparison of hospital and nonhospital colonoscopy: Wait times, fees and guideline adherence to follow-up interval », *Canadian Journal of Gastroenterology*, 2011, vol. 25, n° 2, p. 78-82.

³ Duckett, S. J., « Private care and public waiting », *Australian Health Review*, 2005, vol. 29, n° 1, p. 87-93.

⁴ *Journal of the American Medical Association*, 2002, n° 288, p. 2449.

⁵ N. Ivers, M. Schwandt, S. Hum, D. Martin, J. Tinmouth, et N. Pimlott, « A comparison of hospital and nonhospital colonoscopy: Wait times, fees and guideline adherence to follow-up interval », *Canadian Journal of Gastroenterology*, 2011, vol. 25, n° 2, p. 78-82.

⁶ *New England Journal of Medicine*, 1997, n° 337, p. 169.

⁷ Vaithianathan, R., « A critique of the private health insurance regulations », *Australian Economic Review*, 2004, vol. 37, n° 3, p. 70.

mettaient l'accent sur une action concertée du gouvernement fédéral et des provinces. Néanmoins, puisque tous les objectifs des accords de 2003 et de 2004 n'ont pas été atteints, il serait nécessaire d'accorder un intérêt renouvelé à l'atteinte de ces objectifs en s'inspirant des réussites passées, et d'établir de nouveaux défis.

L'absence d'accord pour 2014 accentue les disparités entre les provinces sur le plan de la prestation des soins, et ce sont encore une fois les groupes vulnérables qui en pâtissent. Pour relever l'équité sur le chapitre des soins, il conviendrait d'établir un accord sur la santé en 2015. Cet accord comprendrait des mesures améliorées en matière de responsabilisation et de normalisation des soins. Médecins canadiens pour le régime public recommande ce qui suit aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux :

1. Amorcer en temps voulu la création d'un nouvel accord sur la santé, négocié de façon concertée pour qu'il tienne compte des besoins de toutes les régions et qu'il reflète les priorités de tous les Canadiens. La conclusion d'entente individuelle entre les gouvernements porte préjudice à la transférabilité et à l'homogénéité des soins.
2. Négocier une entente à long terme. Un accord de 10 ans permettrait aux provinces et aux territoires de planifier et de mettre en place leurs mesures de façon efficace, ce que ne permettent pas les accords incertains à court terme.
3. Négocier un accord qui exprime l'engagement du Canada envers un accès équitable aux soins de santé médicalement nécessaire en honorant les principes de la *Loi canadienne sur la santé*.
4. Négocier un accord qui donne au gouvernement fédéral un rôle important pour ce qui est d'assurer la qualité, l'accessibilité et l'équité, qui dote ce dernier des outils nécessaires pour faire appliquer la *Loi canadienne sur la santé* et qui énonce les normes qui s'appliqueront à l'ensemble du pays.
5. Négocier un accord qui garantit un accès juste et équitable aux soins de santé en prenant un engagement explicite à l'égard de réformes qui renforcent le principe d'accès aux soins fondé sur les besoins plutôt que sur la capacité de payer.
6. Négocier un accord qui s'engage à l'utilisation de données probantes pour atteindre les objectifs stratégiques de santé, de façon à ce que les pratiques exemplaires soient observées pour appuyer l'équité, l'accès, la qualité et la limitation des coûts.

Ces principes aideront à élaborer un accord qui peut corriger certaines des faiblesses des accords conclus en 2003 et en 2004 et mener plus systématiquement à l'atteinte des objectifs. La formule actuelle, qui tient davantage du modèle de financement, ne contribue en rien à l'établissement d'une stratégie commune sur les soins et ne permet pas de porter les mesures novatrices à l'échelle nationale. Pire encore, en se concentrant sur la croissance de la population, le modèle de financement favorise les provinces qui connaissent une croissance économique rapide et désavantage les régions les plus vulnérables du pays.

3. Une stratégie nationale d'assurance-médicaments

Nous devons également commencer à prendre les mesures nécessaires pour créer un régime national d'assurance-médicaments, un engagement pris en 2004 qui ne s'est pas concrétisé. Le Canada paie un prix plus élevé pour les médicaments d'ordonnance que tous les autres États membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), à l'exception des États-Unis, et il paie 30 % de plus que la moyenne de l'OCDE. Résultat : 1 Canadien sur 10 n'a pas les moyens de payer ses médicaments d'ordonnance, et parmi les Canadiens qui n'ont pas d'assurance-maladie

complémentaire, cette proportion passe à 1 sur 4⁸. L'incapacité de faire exécuter des prescriptions médicalement nécessaires entraîne une diminution de la qualité de vie des patients. Parallèlement, étant donné que les maladies non traitées mènent à l'hospitalisation, on observe un accroissement des pressions exercées sur les ressources hospitalières.

Pour y remédier, plusieurs avenues sont possibles. Par exemple, la Nouvelle-Zélande s'est défendue contre les prix élevés des médicaments et en a réduit les coûts par habitant de 49 % par rapport à ceux pratiqués au Canada. Pour certains médicaments, les économies sont énormes. Par exemple, la société Apotex, de Toronto, vend l'atorvastatine au coût de 0,31 \$ l'unité sur les marchés canadiens, tandis qu'elle vend le même médicament en Nouvelle-Zélande à seulement 0,03 \$ l'unité. Étant donné que les ventes de ce médicament au Canada s'élèvent à plus d'un demi-milliard de dollars chaque année, le potentiel d'économie est énorme. Selon une étude, il serait possible de réduire le coût des médicaments d'ordonnance de jusqu'à 10,7 milliards de dollars par année en combinant différentes stratégies, soit environ 43 % de la facture de 25,1 milliards de dollars que paie le Canada⁹. Ce serait là un service énorme à rendre aux contribuables et aux patients du pays.

L'établissement et la mise en œuvre d'une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques comptaient parmi les objectifs énoncés dans l'accord de 2004. Il est temps de renouveler notre engagement envers cet objectif et le principe selon lequel l'accès aux médicaments à des prix abordables constitue une condition incontournable à la santé de notre population.

Lors de la rencontre des ministres provinciaux et territoriaux de la Santé qui s'est tenue à Banff, les ministres ont convenu d'établir un nouveau bureau de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) en Ontario.

Les provinces et les territoires travaillent de concert pour faire réduire le coût de 53 médicaments. Leurs efforts ont permis de réaliser des économies de l'ordre de 260 millions de dollars chaque année¹⁰. Toutefois, en l'absence de formules de portée nationale, les capacités de l'APP de mettre en place des stratégies semblables au régime d'assurance-médicaments sont limitées¹¹. Steve Morgan, spécialiste de l'assurance-médicaments, prévient cependant que toute tentative d'instaurer une stratégie nationale d'assurance-médicaments nécessite un rôle actif de la part du gouvernement fédéral¹². Dans le même ordre d'idées, Marc-André Gagnon, analyste de politiques, conclut dans son analyse du régime d'assurance-médicaments que « si le Canada offrait une couverture universelle à partir du premier dollar dépensé, des médicaments, cela se traduirait en économies de 10 à 41 % par rapport aux médicaments d'ordonnance, ce qui représente des économies pouvant aller jusqu'à 11,4 milliards de dollars par année¹³ ». Un tel leadership permettrait aux systèmes de santé de tout le Canada de réaliser des économies, à mesure que le coût des médicaments diminue et que les hospitalisations attribuables à une inobservance du traitement médical sont éliminées.

Au sujet des soins donnés aux groupes vulnérables, Médecins canadiens pour le régime public s'en voudrait de ne pas faire état de son opinion selon laquelle la décision de supprimer l'accès aux soins à bon nombre des anciens bénéficiaires du Programme fédéral de santé et intérimaire pour les réfugiés est une décision qui mérite d'être renversée. C'est d'ailleurs une opinion que partagent l'AMC et la plupart des professionnels de la santé du Canada. Selon les recherches effectuées, cette décision n'a

⁸ http://www.cmaj.ca/site/misc/pr/16jan12_pr.xhtml [EN ANGLAIS SEULEMENT].

⁹ Gagnon, M-A., Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance-médicaments : Coûts et bénéfices d'une couverture publique pour tous. Présentation devant la Canadian Association of Business Economics, Industrie Canada, Toronto, le 30 novembre 2010.

¹⁰ <http://www.newswire.ca/fr/story/1420292/les-provinces-et-les-territoires-discutent-des-soins-de-sante>.

¹¹ https://fcsii.ca/sites/default/files/pharmacare_french_for_webposting_2014-09-16.pdf.

¹² http://www.cdhowe.org/pdf/Commentary_384.pdf [EN ANGLAIS SEULEMENT].

¹³ https://fcsii.ca/sites/default/files/pharmacare_french_for_webposting_2014-09-16.pdf.

engendré aucune économie de coûts et cause un tort injustifié aux personnes visées. Nous encourageons le gouvernement à revoir sa politique.

Conclusion

Médecins canadiens pour le régime public est heureux d'avoir pu contribuer aux travaux du Comité sénatorial sur les progrès réalisés depuis l'accord de 2004. En tant que médecins, nous sommes d'avis que le gouvernement fédéral pourrait jouer un plus grand rôle pour donner suite aux décisions qui avaient été prises dans le cadre de cet accord. En terminant, nous recommandons que le gouvernement fédéral élimine les échappatoires qui permettent aux cliniques à but lucratif de violer la *Loi canadienne sur la santé*, qu'il fasse preuve de leadership et de vision en rouvrant les négociations en vue d'un accord sur la santé avec les provinces et les territoires, et qu'il soutienne l'initiative des ministres provinciaux et territoriaux de la Santé qui veulent élaborer et mettre en place une stratégie nationale de l'assurance-médicaments. En l'absence de telles initiatives, nous craignons que les groupes vulnérables et marginalisés continuent de recevoir des soins diminués ou, dans le pire des scénarios, qu'ils ne reçoivent aucun soin.