

Recommandations stratégiques pour Santé Canada

Auteur

- David Jones
- djej.jones@mail.utoronto.ca
- École Munk des affaires internationales et des politiques publiques, Université de Toronto
- Programme de maîtrise en politiques publiques

Professeure

- Ito Peng
- ito.peng@utoronto.ca
- Directrice, Centre de recherches sur la politique sociale mondiale
- Professeure, Département de sociologie, Université de Toronto
- Professeure, École Munk des affaires internationales et des politiques publiques, Université de Toronto

Nombre de mots : 2 028

~~~~~

« *En 2023, ça ne marche plus. Nous devons changer la façon dont nous assurons les soins de santé au Canada.* »<sup>1</sup>

L'honorable Jean-Yves Duclos, ministre de la Santé, gouvernement du Canada, le 5 février 2023

~~~~~

(1) INTRODUCTION

La déclaration du ministre Duclos ne laisse aucun doute sur le fait que les soins de santé au Canada subissent des pressions considérables et doivent faire l'objet d'adaptations. D'ailleurs, les problèmes majeurs actuels, dont des fermetures de services d'urgence, de longues listes d'attente pour des soins non urgents et la pénurie de médecins de famille, ne feront que s'aggraver à cause du vieillissement de la population.

Dans le contexte des enjeux actuels et de l'évolution des politiques, le présent texte propose trois recommandations stratégiques pour Santé Canada, en tenant compte de la mise en œuvre de ces recommandations, des risques et de mises en garde.

(2) CONTEXTE

Problèmes majeurs

Le gouvernement fédéral fait face à trois grands problèmes en matière de soins de santé. Ceux-ci présentent des risques pour le bien-être de la population canadienne en raison de la détérioration des services de santé, mais aussi pour le gouvernement fédéral sur les plans de la viabilité financière à long terme et de la réputation politique.

Premièrement, l'accès universel aux soins de santé, gratuit là où les soins sont offerts, est extrêmement difficile à assurer d'un point de vue économique. L'offre est limitée par les ressources, tandis que la demande est effectivement illimitée. Les gouvernements augmentent continuellement les dépenses de santé par rapport au PIB², ce qui allonge l'espérance de vie et crée un cycle de demande sans cesse croissante, car les populations vieillissantes souffrent davantage de comorbidité³. Or, comme on ne peut pas augmenter indéfiniment le financement, on peut s'attendre à d'éventuels compromis, notamment une attente plus longue, des impôts plus élevés, ainsi que le rationnement ou la réduction d'autres services publics⁴⁵.

Deuxièmement, la prestation des soins de santé⁶ relève de la compétence provinciale, mais le gouvernement fédéral doit agir si les services publics essentiels cessent de fonctionner efficacement. Le pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral exerce une certaine influence, conformément aux accords récents sur l'échange de données, mais il est limité⁷.

Troisièmement, il y a un risque de devoir renégocier ou augmenter le récent accord de financement fédéral-provincial⁸⁹ au cours de la période de 10 ans, pour des raisons de service ou de pressions politiques. Des rapports d'experts¹⁰¹¹ estiment qu'une croissance du financement d'au moins 5 % par an (nominal) est nécessaire pour gérer les pressions démographiques et inflationnistes. Il est donc peu probable que l'accord réduise sensiblement les listes d'attente. Sur le plan politique, les premiers ministres provinciaux ont parlé de la précédente contribution fédérale de 35 % au financement des soins de santé dans les médias pendant la période précédant les négociations¹², puis ont d'abord exprimé une certaine déception face à l'offre¹³. Ce message cohérent donne aux provinces une base pour chercher à renégocier si la crise actuelle des soins de santé s'aggrave. À titre d'exemple, le Royaume-Uni a convenu d'un règlement de financement à long terme en 2018¹⁴, mais celui-ci a depuis été augmenté à plusieurs reprises, à la fois en raison de la COVID¹⁵ et de la détérioration des services¹⁶.

Initiatives politiques en cours

Avant de proposer des recommandations pour Santé Canada, il convient de résumer le travail considérable en cours pour soutenir et améliorer le système de santé.

(i) Responsabilisation et modernisation des données. Les récentes négociations fédérales-provinciales ont permis de faire un grand pas en avant sur le plan de la responsabilité publique pour la prestation des services provinciaux¹⁷¹⁸. La modernisation grâce à de meilleurs systèmes de données, si elle est mise en œuvre successivement, s'accompagnera de gains d'efficacité pour les prestataires, en plus de permettre de fournir des soins intégrés de meilleure qualité aux patient-es et d'augmenter la responsabilité du rendement du système. Cependant, il existe des facteurs contraignants, ce qui signifie qu'un changement supplémentaire du système est nécessaire :

- les paramètres de santé ne sont que partiellement contrôlables si la demande de services continue d'augmenter;
- les mesures incitatives financières (par exemple, retenue du financement en cas de rendement médiocre) sont peu susceptibles d'être pratiques, car elles nuiraient aux provinces qui ont le plus besoin d'améliorations;
- la compétence fédérale en matière de soins de santé est limitée, ce qui restreint la responsabilité intergouvernementale;
- le gouvernement fédéral voit les problèmes qui pèsent sur le système de santé comme des « *difficultés à long terme*¹⁹ », ce qui permet un certain assouplissement de la responsabilité à court terme.

(ii) Évolution des politiques. Les recommandations contenues dans le présent texte tiennent compte du fait que les soins de santé sont un secteur vaste et complexe et qu'il existe une expertise et une passion considérables déjà employées pour l'améliorer.

Les principales évolutions en matière de politiques actuelles (en plus des améliorations des données) incluent ce qui suit : l'investissement et le soutien de la main-d'œuvre²⁰²¹, la transformation numérique (par exemple, soins virtuels, dossiers médicaux électroniques)²²²³, les modèles de prestation de soins primaires intégrés²⁴, l'élargissement des services non hospitaliers (par exemple, les soins communautaires et les cliniques spécialisées)²⁵, l'amélioration de l'accessibilité pour réduire les inégalités en matière de santé²⁶, les modèles de paiement (par exemple, l'établissement des coûts par activité)²⁷, l'examen de la portée de la couverture universelle (par exemple, dentisterie, assurance médicaments)²⁸ et le renforcement des soins de longue durée²⁹³⁰.

(3) RECOMMANDATIONS

Recommandation 1 : Devenir un « meneur de l'innovation »

La compétence fédérale limitée en matière de soins de santé offre une occasion importante, car le gouvernement fédéral peut *soutenir et encourager* les provinces, sans avoir constitutionnellement besoin d'exercer une surveillance *ou de porter de jugement*. En proposant de servir les provinces en matière d'innovation, il inverserait la « hiérarchie » intergouvernementale traditionnelle, offrant plus de liberté et de collaboration.

L'innovation dans le domaine de la santé, qui peut inclure les politiques, la configuration des services et l'infrastructure numérique, présente une occasion importante pour les raisons suivantes :

- l'économie actuelle des soins de santé n'est pas durable et l'innovation est donc cruciale;
- les provinces sont responsables de la prestation des soins de santé au quotidien et peuvent constater que l'innovation ou la transformation sont écartées lors de crises à court terme, donc un soutien est nécessaire;
- le gouvernement fédéral est le mieux placé pour forger des relations avec d'autres pays;

- en travaillant dans toutes les provinces, le gouvernement fédéral peut donner des conseils sur ce qui fonctionne le mieux;
- le pouvoir fédéral de dépenser peut inciter à travailler en partenariat avec les provinces et peut permettre de soutenir des investissements volumineux avec des coûts initiaux élevés.

Recommandation 2 : Une approche fédérale stratégique dans l'intérêt de la population canadienne

Si le système de santé reste dans son état actuel ou se détériore davantage, des pressions pour renégocier le financement pourraient survenir (voir ci-dessus). La compétence en matière de soins de santé crée une asymétrie de l'information dans les négociations entre les gouvernements fédéral et provinciaux, en particulier en ce qui concerne les modèles de prestation et les coûts. Une approche stratégique consisterait à *chercher de manière proactive à comprendre les détails* des opérations des services de santé et des paramètres financiers, afin d'être aussi bien informé que possible, en prévision de toute discussion future.

Cette proposition est une réalisation et un élargissement de la recommandation 1 (ci-dessus). En devenant « meneur d'innovation » et en soutenant l'analyse des innovations potentielles, le gouvernement fédéral peut mieux comprendre ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas, et peut fournir des jugements plus éclairés et fondés sur des données probantes concernant les exigences de financement lors des négociations futures.

En fin de compte, les avantages profitent à la population canadienne, car le gouvernement fédéral sera mieux équipé pour évaluer de manière critique le niveau de financement des soins de santé requis pour fournir des soins de santé universels de haute qualité, ce qui renforcera la confiance du ministère des Finances dans son allocation aux services de santé, favorisant ainsi l'optimisation du rapport qualité-prix pour les contribuables.

Recommandation 3 : Principales occasions d'innovation

Dans le contexte de la compétence provinciale et d'un rôle potentiel du gouvernement fédéral dans le *soutien* de l'innovation (recommandation 1), deux occasions potentielles sont présentées ci-dessous, en lien avec les grandes difficultés actuelles en matière de soins de santé.

(a) Utilisation de l'intelligence artificielle pour atténuer les pénuries de personnel

Les clinicien·nes sont accablés par d'importantes tâches administratives, ce qui réduit le temps passé auprès des patient·es, augmente le stress et sape le moral³¹³²³³. Les occasions d'utilisation de l'intelligence artificielle (IA) liée à la main-d'œuvre sont les suivantes :

- appui à la prise de notes par les clinicien·nes, p. ex., une forme avancée de logiciel de reconnaissance de la voix pourrait convertir automatiquement les notes dictées par les clinicien·nes en un dossier électronique de patient·e, prêt pour la prochaine clinicienne ou le prochain clinicien ou prestataire³⁴;
- suggestion de diagnostics³⁵, qui pourraient être utilisés pour étayer le jugement d'une clinicienne ou d'un clinicien;
- extraction des données importantes sur les patient·es et présentation d'un résumé aux clinicien·nes avant les visites des patient·es pour leur permettre de bien se préparer³⁶;
- ChatGPT³⁷ montre que l'IA peut être extrêmement conviviale.

Dans l'ensemble, l'IA a le potentiel d'augmenter le temps que consacre le personnel aux patient·es, d'améliorer le moral et l'efficacité, d'augmenter la productivité du personnel, d'aider à remédier aux

pénuries de personnel et d'améliorer la continuité des soins, car les patient·es sont de plus en plus pris en charge par des équipes multidisciplinaires.

(b) Des drones Wi-Fi pour améliorer l'accès rural et réduire les inégalités

Offrir des services numériques dans les zones rurales permet de réduire les inégalités d'accès³⁸. L'accès limité à Internet constitue une contrainte considérable. Or, des études pilotes ont montré que les drones peuvent fournir un signal Wi-Fi^{39,40}. Il s'agit d'une nouvelle technologie : les drones doivent avoir une source d'alimentation, et l'accès à Internet n'est pas le seul obstacle. Il se peut, par exemple, que certaines personnes n'utilisent pas les services de santé numériques. Néanmoins, le recours à des drones offre un potentiel d'amélioration de l'accès.

(4) AUTRES ASPECTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Problèmes de mise en œuvre

Comme la santé est un secteur vaste qui implique l'interaction entre de nombreuses organisations, la mise en œuvre est un facteur crucial. Voici les principaux aspects à prendre en considération :

- le rôle de « meneur de l'innovation » (recommandation 1) conviendrait probablement mieux à Santé Canada pour maintenir l'accent sur l'innovation exploitable, tout en travaillant en étroite collaboration avec les Instituts de recherche en santé du Canada et la future agence canadienne pour l'innovation et l'investissement⁴¹;
- la portée excessive des compétences pourrait déranger les provinces, de sorte que toute équipe d'innovation au sein de Santé Canada devrait être clairement distincte de toutes les fonctions de responsabilisation du ministère;
- le partage des coûts fédéral-provincial encouragerait les partenariats d'innovation. Des dispositions pourraient être incluses dans des accords bilatéraux ou des protocoles d'entente distincts;
- une approche fédérale stratégique (recommandation 3) pourrait comprendre un groupe de travail au sein de la Direction générale des politiques stratégiques et de la Direction générale du dirigeant principal des finances de Santé Canada⁴².

Risque

- Étant donné la compétence provinciale en matière de soins de santé, le soutien fédéral doit être proposé avec sensibilité.
- L'innovation est risquée et les technologies qui reposent sur l'intelligence artificielle doivent être affinées pour pouvoir être mises en œuvre à grande échelle⁴³.

Mises en garde

- Les recommandations proposées sont des idées générales qui nécessitent des discussions, des essais et une analyse de faisabilité plus approfondis. Par exemple, une réflexion plus approfondie est nécessaire pour comprendre les capacités pratiques précises de l'intelligence artificielle.

(5) CONCLUSION

Le ministre Duclos a déclaré : « Nous devons changer la façon dont nous assurons les soins de santé au Canada⁴⁴ ». Bien qu'il n'y ait peut-être pas de panacée⁴⁵, le présent texte propose des recommandations stratégiques pour Santé Canada : (1) devenir un « meneur d'innovation » pour les

provinces; (2) prévoir les futures négociations intergouvernementales en étant de mieux en mieux informés sur les besoins de financement; (3) examiner des possibilités particulières d'innovation dans le contexte de la compétence provinciale.

Bibliographie

- ¹ CBC News. « [Duclos Says Federal/Provincial Health Deal Needs to Set Priorities, Be Flexible, to Fix Broken System](#) », 5 février 2023.
- ² OurWorldInData. [Government Health Expenditure as a Share of GDP, 1880-2021](#) (consulté en février 2023).
- ³ Salive. « [Multimorbidity in Older Adults](#) », *Epidemiologic Reviews*, vol. 35, n° 1, 2013.
- ⁴ Drummond et Sinclair. [Fixing, Funding, and Reforming Health Services](#), C.D. Howe, 29 mars 2022.
- ⁵ Sutherland. « [The Search for Improving Value in Canadian Healthcare: Holy Grail or Steady Progress?](#) », *Healthcare Papers*, vol. 19, n° 2, Longwoods, mai 2020.
- ⁶ Cable Public Affairs Channel (CPAC). [Federal Update on COVID-19, Health-Care Funding to the Provinces and Territories](#), 20 janvier 2023.
- ⁷ Gouvernement du Canada. [Normes nationales et programmes sociaux : que peut faire le gouvernement fédéral ?](#), septembre 1997.
- ⁸ Gouvernement du Canada et Santé Canada. [Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens](#), 7 février 2023.
- ⁹ CTV News. « [Premiers to Accept Federal Health-Care Funding Offer, Focus Turns to Bilateral Deals](#) », 13 février 2023.
- ¹⁰ Drummond et Sinclair. [Fixing, Funding, and Reforming Health Services](#), C.D. Howe, 29 mars 2022.
- ¹¹ Bureau du directeur parlementaire du budget. [Rapport sur la viabilité financière de 2021](#), juin 2021.
- ¹² Global News. « [Premiers 'Expect' Feds to up Share of Health-Care Costs to 35% as Trudeau Meeting Nears](#) », 30 janvier 2023.
- ¹³ CBC News. « [PM and Premiers Haggles Over Billions – but the Future of Health Care Needs More than Money](#) », 8 février 2023.
- ¹⁴ Gouvernement du Royaume-Uni. [Prime Minister Sets Out 5-year NHS Funding Plan](#) [communiqué de presse], juin 2018.
- ¹⁵ Department of Health & Social Care du gouvernement du Royaume-Uni. [The Government's Revised 2021-22 Mandate to NHS England and NHS Improvement](#), 31 mars 2022.
- ¹⁶ Gouvernement du Royaume-Uni. [Autumn Statement: Chancellor Delivers Plan for Stability, Growth and Public Services](#), 17 novembre 2022.
- ¹⁷ Gouvernement du Canada et Santé Canada. [Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens](#), 7 février 2023.
- ¹⁸ CBC News. « [Ford Says Ontario Willing to Accept Federal Conditions if Health-Care Funding Increased](#) », 11 janvier 2023.
- ¹⁹ Cable Public Affairs Channel (CPAC). [Federal Update on COVID-19, Health-Care Funding to the Provinces and Territories](#), 20 janvier 2023.
- ²⁰ Allin, Campbell, Jamieson, Miller, Roerig et Sproule. [Sustainability and Resilience in the Canadian Health System](#), Institute for Health Economics, novembre 2022.
- ²¹ Réseau canadien des personnels de santé. [Submission to House of Commons Standing Committee on Health on Canada's Health Workforce](#), mars 2022.

-
- ²² Forum des politiques publiques. [L'avenir numérique des soins de santé canadiens : l'avis de grands leaders](#), août 2022.
- ²³ Ministère de la Santé de l'Ontario et ministère des Soins de longue durée de l'Ontario. *Soins de santé de couloir : un système sous tension – Premier rapport provisoire du Conseil du premier ministre pour l'amélioration des soins de santé et l'élimination de la médecine de couloir*, janvier 2019.
- ²⁴ Gouvernement de l'Ontario. [Votre santé : plan pour des soins interconnectés et commodes](#), 2 février 2023.
- ²⁵ Bell, Golden, Alofs et Robins. « [Transitional-Care Facilities Will Stop Canada's ERs from Resorting to 'Hallway Medicine'](#) », contribution au *Globe and Mail*, 14 mai 2022.
- ²⁶ Santé Ontario. [Plan pour rester ouvert : stabilité et relance pour le système de santé](#), août 2022.
- ²⁷ Trenaman et Sutherland. « [Moving from Volume to Value with Hospital Funding Policies in Canada](#) », *Healthcare Papers*, vol. 19, n° 2, Longwoods, mai 2020.
- ²⁸ Cheff et Um. [A New Normal for Health Coverage](#), Wellesley Institute, novembre 2021.
- ²⁹ Armstrong, Armstrong et Bourgeault. « [Teaming Up for Long-Term Care: Recognizing all Long-Term Care Staff Contribute to Quality Care](#) », septembre 2022.
- ³⁰ Bell, Golden, Alofs et Robins. « [The Pandemic Revealed Brutal Realities About Long-Term Care. Canada Has a Moral Obligation to Fix the System](#) », contribution au *Globe and Mail*, 14 mai 2022.
- ³¹ Commonwealth Fund. [Mirror, Mirror, 2021: Reflecting Poorly](#), août 2021.
- ³² Association des infirmières et infirmiers du Canada, Collège des médecins de famille du Canada et Association médicale canadienne. [Recommandations stratégiques sur les ressources humaines de la santé : résumé – Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes](#), 14 avril 2022.
- ³³ Zacharias de l'Ontario Medical Association. « [More Money Is a Must, but Health-Care Delivery Also Needs a Major Rethink, Doctors Say](#) », janvier 2023.
- ³⁴ Forbes. « [How Healthcare Firm Regard Uses Artificial Intelligence To Usher Medicine Into The Modern Age](#) », 19 janvier 2023.
- ³⁵ Southern Medical Association. « [Artificial Intelligence in Medical Diagnosis](#) », 7 octobre 2021.
- ³⁶ American Academy of Family Physicians. [AI Assistant for Clinical Review To Reduce Burden and Improve Quality and Value-Based Care Outcomes](#), Innovation Labs Report, octobre 2022.
- ³⁷ [ChatGPT](#).
- ³⁸ Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé. [Mandate Letter for All Parliamentarians](#), novembre 2021.
- ³⁹ Programme alimentaire Mondial. [Drone Worship: Why Sky's the Limit for Humanitarian WiFi](#), 29 décembre 2021.
- ⁴⁰ TS2 Space. [Staying Connected: The Importance of Drones in Remote Areas](#) (consulté en février 2023).
- ⁴¹ Gouvernement du Canada et Innovation, Sciences et Développement économique Canada. [Une agence canadienne d'innovation et d'investissement – Rapport – Ce que nous avons entendu](#), 2022.
- ⁴² Gouvernement du Canada. [Structure organisationnelle de Santé Canada](#).
- ⁴³ Hopkins, Keane et Balaskas. « [Delivering Personalized Medicine in Retinal Care: From Artificial Intelligence Algorithms to Clinical Application](#) », *Current Opinion in Ophthalmology*, septembre 2020.

⁴⁴ CBC News. « [Duclos Says Federal/Provincial Health Deal Needs to Set Priorities, Be Flexible, to Fix Broken System](#) », 5 février 2023.

⁴⁵ Sutherland. « [Value from Healthcare: No Silver Bullet](#) », *Healthcare Papers*, vol. 19, n° 1, Longwoods, février 2020.