

Coalition canadienne de la santé

Mémoire présenté au
Comité permanent de la santé de la Chambre des communes

*Séance d'information sur la réponse
canadienne à l'écllosion du coronavirus*

11 mai 2020



Personne responsable du suivi :

Melanie Benard
Directrice nationale, Politiques et défense des droits
Coalition canadienne de la santé
116, rue Albert, bureau 300
Ottawa (Ontario) K1P 5G3
613.699.9898
policy@healthcoalition.ca



healthcoalition.ca



Canadian Health Coalition



@healthcoalition



Introduction

La Coalition canadienne de la santé travaille depuis plus de quarante ans pour protéger et améliorer les soins de santé publics au Canada. Nous sommes une organisation nationale non partisane composée de travailleurs de la santé, de syndicats, d'organismes communautaires, d'aînés et d'universitaires, de même que de coalitions affiliées dans les provinces et un territoire.

Les Canadiens sont très reconnaissants d'avoir un système de soins de santé public et universel qui offre les soins en fonction des besoins des gens et non pas de leur capacité de payer. Ce système a été mis à l'épreuve au cours des derniers mois. La crise de la COVID a fait ressortir les forces incroyables de notre système de soins de santé ainsi que les lacunes et les défis persistants. À mesure que nous nous relevons lentement de cette pandémie, nous avons une occasion de reconstruire notre système de soins de santé pour qu'il soit encore plus robuste et mieux adapté aux besoins changeants de la population canadienne.

Notre témoignage portera sur trois points sur lesquels le gouvernement fédéral doit se pencher dans sa réponse à la pandémie de COVID-19 : l'assurance-médicaments, le financement et les soins aux aînés.

Assurance-médicaments

Le Canada est le seul pays au monde qui s'est doté d'un système de santé universel et public qui ne couvre pas les médicaments d'ordonnance. Par conséquent, des millions de Canadiens passent entre les mailles du filet.

Avant la pandémie de la COVID-19, 20 % des ménages canadiens avaient du mal à payer pour leurs médicaments, soit parce qu'ils n'avaient pas un régime d'assurance-médicaments, soit parce que leur régime d'assurance-médicaments était inadéquat¹. Un million de Canadiens devaient choisir entre se nourrir ou payer les médicaments dont ils avaient besoin².

Ces chiffres ont augmenté de façon exponentielle durant la pandémie de la COVID. En raison des licenciements massifs causés par la pandémie, des millions de Canadiens de plus ont du mal à joindre les deux bouts sans régime d'assurance-médicaments de leur travail. La nécessité d'un régime d'assurance-médicaments universel n'a donc jamais été aussi urgente.

Il y a deux ans, le Comité a étudié cette question en détail. Après avoir tenu 23 audiences et entendu près d'une centaine de témoins, le Comité a recommandé que le Canada adopte un programme d'assurance-médicaments universel à payeur unique qui couvrirait les médicaments d'ordonnance de la même manière que les médecins et les hôpitaux³.

¹ Angus Reid Institute (2015), *Prescription Drug Access and Affordability an Issue for Nearly a Quarter of All Canadian Households*.

² Law, M., et coll. (2018), « The Consequences of Patient Charges for Prescription Drugs in Canada: A Cross-Sectional Survey », *CMAJ Open*, vol. 6, n° 1, p. 63-70.

³ Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (2018), [Un régime d'assurance-médicaments universel pour tous les Canadiens : une nécessité](#).

Au cours des cinquante dernières années, de nombreux rapports du gouvernement et du milieu universitaire ont tous fait la même recommandation, qui a plus récemment été formulée par le Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments national du gouvernement, dirigé par le Dr Eric Hoskins⁴. Le rapport de Hoskins de 2019 fournit un plan directeur sur la façon de concevoir ce nouveau programme essentiel. Le gouvernement doit mettre en œuvre ses recommandations immédiatement.

Un régime public universel d'assurance-médicaments permettrait de réaliser des économies tout en sauvant des vies.

Lorsque des gens sautent des doses de médicament parce qu'ils n'en ont pas les moyens (l'expression technique pour désigner cette situation est « coûts liés à la non-adhésion »), ils deviennent de plus en plus malades et doivent aller à l'hôpital et consulter un médecin plus souvent. C'est quelque chose que nous voulons éviter en temps normal, mais durant cette pandémie, c'est absolument crucial.

Des recherches révèlent que l'élimination des coûts pour les médicaments utilisés pour traiter seulement trois problèmes de santé (le diabète, les maladies cardiovasculaires et les troubles respiratoires chroniques) entraînerait une diminution de 220 000 visites à l'urgence et de 90 000 hospitalisations chaque année. Cela permettrait au système de soins de santé d'économiser jusqu'à 1,2 milliard de dollars par année, juste pour ces trois problèmes de santé⁵.

Le régime d'assurance-médicaments disparate actuel du Canada est inadéquat et inefficace. Il y a plus de 100 000 régimes d'assurance-médicaments publics et privés au pays qui offrent tous différents types de couverture. De nombreux régimes limitent la quantité de médicaments que les gens peuvent réclamer par mois ou par année, et bon nombre d'entre eux exigent des franchises dispendieuses et une participation aux coûts qui rendent les médicaments inabordables.

Le système actuel est également non viable. Parmi les pays de l'OCDE, le Canada est au troisième rang des pays où les médicaments d'ordonnance coûtent le plus cher, et les dépenses pour les médicaments continuent d'augmenter. Le nombre de médicaments sur le marché qui coûtent plus de 10 000 \$ par année a plus que triplé depuis 2006⁶. Le Canada dépense plus pour les médicaments que pour les médecins⁷.

Un régime d'assurance-médicaments public et universel nous permettrait de limiter ces dépenses, puisque l'on pourrait négocier une baisse du prix en achetant les médicaments en vrac. Ce nouveau programme permettrait au Canada d'épargner 5 milliards de dollars par année.

⁴ Gouvernement du Canada, Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments, [Une ordonnance pour le Canada : l'assurance-médicaments pour tous](#) (juin 2019).

⁵ Tamblin, R., et coll. (2019), *Burden and Health Care System Costs Associated with Cost-Related Non-Adherence to Medications for Selected Chronic Conditions in Canada*. (Rapport préparé pour le Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments).

⁶ Patented Medicine Prices Review Board (2018), *Annual Report 2017*, p. 30.

⁷ Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur les dépenses nationales de santé - 2019*.

Les familles économiseraient en moyenne 350 \$ par année, et les entreprises, 750 \$ par employé par année.⁸

L'automne dernier, près de 200 organismes nationaux et provinciaux ont signé une [déclaration conjointe](#) pour exhorter toutes les parties à collaborer à la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments public et universel dans le cadre du mandat actuel du gouvernement.

Nous ne pouvons tout simplement plus attendre pour la mise en œuvre de ce programme. Les Canadiens souffrent, et certains meurent prématurément parce qu'ils ne peuvent pas se procurer leurs médicaments. Le gouvernement doit mettre en place le régime d'assurance-médicaments immédiatement dans le cadre de sa réponse à la crise de la COVID.

Financement des soins de santé publics

Il est maintenant temps pour le gouvernement fédéral de réitérer son engagement envers les soins de santé publics. Le système des soins de santé public est notre meilleur moyen de défense contre la pandémie de la COVID et d'autres crises sanitaires. Malheureusement, notre système de soins de santé s'est détérioré au cours des dernières décennies en raison des compressions budgétaires systématiques et de la privatisation. Même en temps normal, le système fonctionne à pleine capacité.

Le gouvernement fédéral doit augmenter les paiements de transfert en santé versés aux provinces pour renforcer la capacité du système de soins de santé publics partout au pays, en temps normal et en temps de crise.

L'accord de dix ans en matière de santé de 2004 garantissait aux provinces une hausse annuelle de 6 % des paiements de transfert en santé. Quand l'accord est venu à échéance, le gouvernement fédéral a réduit les hausses annuelles au PIB nominal ou à 3 %. Nous savons depuis des années que c'est tout simplement insuffisant pour assurer le fonctionnement efficace du système. Une indexation d'au moins 5,2 % est nécessaire pour maintenir les services existants⁹.

Outre les hausses à long terme du TCS, du financement additionnel sera nécessaire pour traiter l'arriéré des chirurgies et des services qui ont été suspendus durant la pandémie. Plutôt que de faire appel au secteur privé pour réduire cet arriéré, le gouvernement fédéral devrait soutenir les provinces en mettant en œuvre des pratiques novatrices publiques peu coûteuses pour réduire les délais d'attente telles que des listes d'attente centralisées et des soins dispensés par une équipe¹⁰.

Le gouvernement doit également protéger notre système de soins de santé public en faisant activement appliquer la *Loi canadienne sur la santé*. De nombreuses entreprises de

⁸ Gouvernement du Canada, Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments, (2019), pages 14-15.

⁹ Bureau du directeur parlementaire du budget (2012), *Rapport sur la viabilité financière de 2012*; Beckman, K., Fileds, D. et Stewart, M. (2014), *Un parcours difficile à négocier : les perspectives économiques et budgétaires du Canada*, Conference Board du Canada; Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario (2016), *Évaluation des perspectives économiques et financières à moyen terme pour l'Ontario*, p. 39.

¹⁰ Longhurst, A., Cohen M. et McGregor, M. (2016), *Reducing Surgical Wait times: The Case for Public Innovation and Provincial Leadership*. Centre canadien de politiques alternatives – bureau de la C.-B.

soins de santé privées à but lucratif ont profité de cette crise pour accroître leurs marchés, et plus particulièrement dans le secteur des soins de santé virtuels. Bon nombre de ces entreprises enfreignent la *Loi canadienne sur la santé* en faisant payer les patients ou en facturant des compagnies d'assurances privées pour des consultations médicales virtuelles¹¹.

En plus de soulever des préoccupations à propos de la confidentialité et de la sécurité des données médicales des patients, cela prive le système de soins de santé public de ressources¹². Cela compromet également le principe fondamental de l'équité qui sous-tend notre système de soins de santé public. Le gouvernement doit agir pour prévenir une plus grande détérioration de ce système et veiller à ce que les patients aient préséance sur les profits.

Soins aux aînés

Les effets dévastateurs généralisés dans nos établissements de soins de longue durée sont l'une des plus grandes tragédies de cette pandémie. La souffrance des résidents, du personnel et des familles au cours des dernières semaines est tout simplement inconcevable. Selon des données récentes, environ 80 % de tous les décès liés à la COVID au Canada sont survenus dans des établissements de soins de longue durée¹³.

Nous adressons nos plus sincères condoléances à ceux qui ont perdu des êtres chers durant cette crise, et nous tenons à exprimer notre gratitude indéfectible à tous les travailleurs de première ligne qui mettent leur vie en danger tous les jours pour prendre soin des patients dans le besoin.

Même si nous n'avons pas pu prévenir la pandémie de la COVID, nous aurions pu limiter ses effets dévastateurs dans les établissements de soins de longue durée si nous avions apporté des changements fondamentaux dans ce secteur plus tôt.

Pour assurer un accès sécuritaire à des soins de qualité aux aînés, nous devons intégrer les soins à long terme et les soins à domicile dans notre système de soins de santé public. Au cours des dernières décennies, nous avons vu une privatisation généralisée dans ce secteur, en partie parce que ces services ne sont pas actuellement couverts par la *Loi canadienne sur la santé*. Nous avons besoin de nouveaux fonds fédéraux consacrés aux soins de longue durée qui sont liés aux normes nationales en matière de soins. Ces normes doivent inclure notamment des normes minimales en matière de dotation en personnel.

Le gouvernement fédéral doit appuyer la création d'un plus grand nombre d'établissements publics de soins de longue durée et de services publics de soins à domicile, puisque de nombreuses recherches révèlent que les établissements publics à but non lucratif offrent des soins de qualité supérieure comparativement aux établissements

¹¹ Par exemple, Maple fait payer aux patients 49 \$ pour les rendez-vous en semaine, 79 \$ pour les rendez-vous en soirée et le week-end, et 99 \$ pour les rendez-vous de nuit : www.getmaple.ca/for-you-family/pricing/.

¹² McCracken, R., et coll. (2019), *Virtual walk-in clinics undermine primary care*, Centre canadien de politiques alternatives; Burgess, M. et Kobie, N., « The messy, cautionary tale of how Babylon disrupted the NHS », *Wired* (18 mars 2019).

¹³ MacCharles, T., « 82% of Canada's COVID-19 deaths have been in long-term care, new data reveals », *Toronto Star* (7 mai 2020).

privés à but lucratif¹⁴. Tout le financement public devrait être consacré aux soins aux patients, et non pas aux profits des sociétés.

Nous avons également besoin d'une stratégie nationale relative aux ressources humaines en santé pour aider au recrutement, à la formation et au maintien en poste de préposés aux soins compétents. Ces travailleurs doivent recevoir un salaire décent et occuper un emploi à temps plein garanti. Nous pouvons considérablement améliorer les soins aux patients en améliorant les conditions de travail du personnel¹⁵.

Les aînés et les personnes handicapées qui vivent dans des établissements de soins de longue durée et qui dépendent des soins à domicile comptent sur nous pour apporter ces changements rapidement. Nous ne devons pas les laisser tomber.

Conclusion

Nous ne pouvons pas réparer les torts causés par cette crise, mais si nous apportons ces changements, nous pouvons éviter que des torts semblables surviennent à l'avenir. Tirons des leçons de cette expérience et rebâtissons un système de soins de santé public dont nous pouvons tous être fiers, un système qui offre des soins de qualité que tous les Canadiens méritent.

¹⁴ Par exemple, un rapport du BC Seniors Advocate publié en février 2020 a révélé que les établissements de soins de longue durée à but non lucratif en Colombie-Britannique dépensaient 59 % de leurs revenus en soins directs, contre 49 % pour les établissements à but lucratif. Cela signifie que le secteur à but non lucratif a dépensé près de 10 000 \$ (soit 24 %) de plus par résident et par an que le secteur à but lucratif. Le rapport indique également que le secteur à but lucratif n'a pas réussi à fournir 207 000 heures de soins financés, alors que le secteur à but non lucratif a fourni 80 000 heures de soins directs de plus que ce qu'il devait offrir pour le financement reçu : Office of the BC Seniors Advocate (2020), *A Billion Reasons to Care: A Funding Review of Contracted Long-term Care in B.C.* De même, une étude sur les établissements de soins de longue durée en Ontario a révélé que les établissements à but lucratif (en particulier ceux appartenant à une chaîne) offraient beaucoup moins d'heures de soins aux résidents que les établissements à but non lucratif : Hsu, A., et coll. (2016), « Staffing in Ontario's Long-Term Care Homes: Differences by Profit Status and Chain Ownership », *Canadian Journal on Aging*, vol. 35, n° 2, p. 175-189. Voir aussi : Ronald, L., et coll. (2016), « Observational Evidence of For-Profit Delivery and Inferior Nursing Home Care: When Is There Enough Evidence for Policy Change? », *PLoS Med*, 13(4): e1001995.

¹⁵ Coalition canadienne de la santé (2018), [Document d'orientation : Assurer des soins de qualité pour tous les aînés.](#)