

**Mémoire prébudgétaire présenté au Comité permanent des finances de la
Chambre des communes**

***Tirer profit de l'avantage canadien :
La santé et l'économie***

5 août 2016

SoinsSantéCAN est le porte-parole national des organisations de soins de santé du Canada. Nous encourageons la découverte et l'innovation éclairées et continues, orientées vers des résultats, dans tout le continuum des soins de santé. Nous agissons de concert avec d'autres pour améliorer la santé de tous les Canadiens, pour renforcer les capacités d'offrir des soins de grande qualité, et pour optimiser la valeur des programmes de soins de santé financés par des fonds publics.

SoinsSantéCAN salue l'engagement du gouvernement à assumer un leadership plus proactif dans la promotion de la santé et des soins de santé au Canada, tel qu'exprimé dans le discours du Trône et la lettre de mandat de la ministre de la Santé. Nous applaudissons les investissements modestes, mais importants, du dernier budget fédéral dans la santé, particulièrement les investissements dans Inforoute Santé du Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, et nous nous réjouissons que les hôpitaux de recherche soient reconnus comme des biens nationaux. Toutefois, nous nous inquiétons du peu d'attention accordé à la santé et aux soins de santé en général dans le budget de 2016. Nous sommes également préoccupés par la demande récente du Conseil de la fédération de continuer à augmenter les Transferts canadiens en matière de santé (TCS) sans mécanisme apparent de reddition de compte pour améliorer la performance globale du système de santé.

Faisant suite à notre lettre au ministre Morneauⁱ, nous formulons une série de recommandations sur nos attentes par rapport à un « budget de la santé 2017 ». Les Canadiens continuent de s'inquiéter de la dégradation de leur système de santéⁱⁱ. Les investissements stratégiques en soins de santé peuvent répondre à ces préoccupations tout en tirant parti de l'avantage canadien dans le secteur des sciences de la santé et de la vie.

Premièrement, en réponse aux préoccupations des Canadiens, nous recommandons de garantir les contributions de base en vertu des TCS et de les jumeler à des investissements stratégiques communs et importants qui favoriseront le déploiement et la diffusion des innovations en soins de santé en appui au prochain Accord sur la santé. Pour y parvenir, trois investissements stratégiques sont nécessaires :

- 1,6 G\$ pour des suppléments en raison de conditions démographiques particulières;
- la création d'un « **Fonds Innov'action (innovation) en santé** » de 1 G\$ par année basé sur des mesures incitatives non conventionnelles, tel que recommandé par le rapport Naylor;
- 100 M\$ pour un programme canadien de financement selon la performance pour les provinces et les territoires qui atteignent ou qui excèdent les cibles convenues.

Deuxièmement, nous recommandons une augmentation des investissements dans la recherche en santé pour réaliser l'avantage canadien dans le secteur des sciences de la santé et de la vie. Ce secteur est prêt pour la croissance des emplois et pour la commercialisation et la mise en œuvre des innovations en soins de santé. La hausse de 30 M\$ par année octroyée aux IRSC dans le budget de 2016 est un début, mais elle est insuffisante. Il faudra ajouter 120 M\$ par année pour regagner le terrain perdu depuis 2010ⁱⁱⁱ.

Troisièmement, nous recommandons des investissements définis et gérés par les Autochtones pour éliminer les disparités troublantes entre la santé des Canadiens autochtones et non autochtones. SoinsSantéCAN se réjouit de l'engagement du gouvernement à réduire ces disparités et appuie l'accent mis sur la santé et la recherche autochtones dans le prochain Accord sur la santé^{iv}.

VERS UN NOUVEL ACCORD SUR LA SANTÉ

Nous reconnaissons l'engagement du gouvernement envers la santé, mais nous sommes inquiets de la lenteur des négociations menant à un nouvel Accord « par la santé, pour la santé ». Les contributions fédérales sont essentielles pour soutenir les programmes d'assurance maladie de base, mais elles sont insuffisantes pour satisfaire les besoins évolutifs en santé d'une population vieillissante ou pour tenir

compte de l'importance des soins de santé pour l'économie et l'environnement. Nous avons besoin de plus de transparence et d'une plus grande responsabilisation, jumelées à des investissements stratégiques qui contribueront à déployer et à diffuser les pratiques exemplaires. Ces mesures auront des incidences positives sur la santé et l'économie, et renforceront la compétitivité du Canada sur la scène internationale.

SoinsSantéCAN recommande une stratégie en trois volets pour exercer le pouvoir fédéral de dépenser dans la négociation de l'Accord sur la santé de 2017. Cette stratégie offre un cadre responsable pour le financement, en appui à une série d'ententes bilatérales avec les provinces et territoires en vertu d'un *Accord-cadre pour la promotion de la santé des Canadiens* qui établit des cibles de performance ambitieuses largement convenues pour tout le Canada (comme pour les cibles en matière de changement climatique). Chaque province et territoire exécuterait son propre plan d'action en vertu d'un accord-cadre consensuel qui tirerait parti des forces respectives de chacun (par le déploiement et la diffusion des pratiques de pointe).

Les trois volets se décrivent comme suit :

1. **Garantir les contributions de base** : SoinsSantéCAN appuie un financement fédéral continu, durable et prévisible en vertu des Transferts canadiens en matière de santé (TCS) pour les programmes d'assurance maladie « de base ». Pour le volet du financement fédéral de base, nous recommandons de réaffirmer un plancher des TCS (au montant le plus élevé entre une croissance annuelle de 3 % ou la moyenne mobile de croissance annuelle du PIB sur trois ans), à compter du 1^{er} avril 2017. Nous recommandons également au gouvernement d'envisager l'octroi de montants additionnels en raison de conditions démographiques particulières, une mesure que la communauté de la santé appuie de plus en plus. Cette mesure entraînerait un coût additionnel de quelque 1,6 G\$ par année^v, mais elle contribuerait à assurer que les P et T aient les ressources nécessaires pour continuer de respecter et de dépasser les critères et conditions minimums établis en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Les suppléments pour raisons démographiques aideraient les P et T à répondre à la préoccupation croissante entourant le nombre toujours plus grand de patients qui reçoivent d'autres niveaux de soins dans les hôpitaux canadiens (qui représentent de 15 % à 50 % des patients chez les membres de SoinsSantéCAN) et qui posent un défi financier de taille au système. Ce montant s'ajoute à l'engagement fédéral de verser un montant non récurrent de 3 G\$ sur quatre ans pour étendre l'accès à des programmes de soins à domicile de grande qualité et sécuritaires sur le plan culturel.

2. « **Déployer et diffuser** » : Le Canada a des poches d'excellence en soins de santé bien documentées. Le Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé (2016) a bien raison : nous devons déployer et diffuser l'innovation à la grandeur du Canada. Nous devons surmonter ce que l'on appelle parfois la « condition canadienne », c'est-à-dire le besoin irrésistible de réinventer la roue d'une province ou d'un territoire à l'autre. L'importance cruciale de tirer parti des pratiques exemplaires était au cœur du rapport *De l'innovation à l'action* du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé (GTIMS) des premiers ministres du Canada, déposé en juillet 2012. Il ressort clairement de ces deux rapports que le Canada doit aller de l'avant avec notre proposition de programme **Innov'action en santé**.

En conséquence, SoinsSantéCAN recommande que le gouvernement établisse un **Fonds Innov'action en santé (1 G\$ par année)** qui attribuerait des subventions non pas selon une formule conventionnelle, mais sur la base du mérite relatif au cours des cinq prochaines années à compter

de l'exercice 2017. Les critères d'attribution du financement seraient cohérents avec ceux qui sont établis dans le rapport du Groupe consultatif (2015) et du GTIMS (2012). Dans la première année, la priorité serait de régler les questions émergentes, y compris le besoin d'un programme national de soins palliatifs; une stratégie nationale de prévention du suicide (comprenant de l'assurance pour de la thérapie comportementale et cognitive); et un plan d'action sur la gérance des antimicrobiens. Le **Fonds Innov'action (innovation) en santé** serait revu au cours de la quatrième année, avec la possibilité d'un financement continu.

3. Financement selon la performance : Un montant additionnel pouvant atteindre 100 M\$ serait disponible chaque année par l'entremise des P et T pour les organisations de soins de santé qui atteignent ou qui excèdent leurs cibles convenues. Cette proposition repose sur l'utilisation de plus en plus répandue du financement fondé sur la valeur ou du financement selon la performance instauré à l'échelle des P et T^{vi}. Ces montants récompenseraient les gagnants de la course au sommet et seraient octroyés, au prorata, aux organisations de soins de santé par l'entremise des P et T se qualifiant pour du financement en vertu du **Fonds Innov'action en santé**. Cette procédure permettrait au ministre fédéral de la Santé de faire rapport au Parlement sur la valeur obtenue pour les dollars fédéraux dépensés, un rapport que le ministre est incapable de présenter actuellement.

LA SCIENCE ET LA TECHNOLOGIE AU SERVICE DE LA SANTÉ

Les hôpitaux de recherche du Canada sont de solides agents économiques. Ils sont le seul groupe de leaders en innovation à avoir enregistré une croissance en R et D au cours de la dernière année^{vii}. Les chercheurs du milieu hospitalier sont ceux « qui ont collaboré le plus fréquemment à la rédaction d'articles » comme le souligne le dernier rapport du CSTI^{viii}. Les hôpitaux de recherche emploient 66 000 chercheurs, étudiants et scientifiques et ils ont des fonds de recherche annuels totaux de plus de 2,5 G\$^{ix}. La recherche et l'innovation dans ces organisations se classent en quatre catégories : nouveaux traitements et diagnostics, modernisation du système de santé, aide au maintien de la santé des personnes et questions de santé publique^{xi}. À l'approche des célébrations du 150^e anniversaire de notre pays, les hôpitaux de recherche désirent mettre ce rôle en valeur. SoinsSantéCAN appuie le mémoire prébudgétaire du Groupe H10, qui a été formé pour aider le Canada à miser sur le rôle des hôpitaux de recherche dans notre pays^{xii}.

Malgré cette réussite, les hôpitaux de recherche doivent relever deux défis majeurs. Le premier découle du fait que la capacité de soutenir les hôpitaux de recherche et d'en tirer parti est coincée entre notre « politique de la santé » et notre « politique de l'innovation »^{xiii}. Les hôpitaux de recherche, comme la plupart des organisations des sciences de la santé et de la vie, ont besoin d'une « politique de l'innovation en santé » hybride, qui permettrait au Canada de profiter de l'application de la recherche et de l'innovation dans les soins de santé^{xiv}. Pour relever ce défi, nous demandons au gouvernement d'envisager d'appuyer la gamme complète de conditions gagnantes nécessaires à la réussite des hôpitaux de recherche du Canada^{xv}. Certaines d'entre elles seront peut-être mises en lumière dans le cadre de l'examen du financement fédéral aux sciences et à l'innovation. D'ici là, nous demandons au gouvernement fédéral de continuer à donner aux hôpitaux de recherche un accès direct aux mêmes fonds que les universités.

Le deuxième défi porte sur le financement insuffisant accordé aux scientifiques des hôpitaux de recherche au cours de la dernière année, et sur certaines lacunes dans les mécanismes de financement aux IRSC. Comme l'ont répété les médias, la recherche en santé est un genre de « patient traumatisé ». Certaines mesures ont été prises pour « stabiliser » la situation, mais bien des personnes croient que le pire est peut-être encore à venir, si aucun investissement important n'est ajouté au budget de base des

IRSC. Nous comprenons que l'examen du financement aux sciences et le programme d'innovation contribueront à régler ces problèmes. Nous sommes toutefois préoccupés du temps qu'il faudra pour mettre en œuvre les recommandations de l'examen et les composantes du programme d'innovation.

C'est pourquoi nous demandons que le budget de 2017 prévoie l'ajout immédiat de 120 M\$ au IRSC pour qu'ils puissent retenir les scientifiques qu'ils ont formés et attirés afin de conserver l'infrastructure qu'ils ont bâtie. En ajoutant les 30 M\$ prévus au budget de 2016, le budget de base total des IRSC serait augmenté de 150 M\$ par année. (Annexe 6)

SANTÉ AUTOCHTONE

SoinsSantéCAN se réjouit de l'engagement du gouvernement à réduire les disparités en matière de santé chez les peuples autochtones et appuie l'importance accordée à la santé autochtone dans le prochain Accord sur la santé. Les disparités troublantes entre les résultats en santé des Canadiens autochtones et non autochtones portent notamment sur le taux de mortalité infantile chez les Premières Nations et les Inuits qui est de 1,7 à 4 fois plus élevé que la moyenne chez les enfants non autochtones et le taux de suicide qui est environ deux fois plus élevé que dans l'ensemble de la population canadienne (et plusieurs fois plus élevé dans certains groupes).

SoinsSantéCAN et ses membres s'efforcent de développer de meilleures relations avec les chefs et les communautés autochtones du pays, y compris avec l'Indigenous Health Alliance. Nos membres créent des partenariats innovateurs avec les membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis et avec les Autochtones qui vivent en régions éloignées pour assurer l'accès à des soins de santé de grande qualité, axés sur le patient et sécuritaires, et ils sont déterminés à miser sur ces partenariats et à les renforcer, notamment en reliant les pratiques à la grandeur du pays.

Lors du Grand débat sur les soins de santé au Canada tenu en juin 2016 dans le cadre de notre Conférence nationale sur le leadership en santé, plus de 700 leaders en santé ont voté massivement en faveur de donner suite aux Appels à l'action reliés à la santé de la Commission de vérité et réconciliation. Cette question a été leur priorité de politique numéro un. SoinsSantéCAN collabore avec l'Indigenous Health Alliance au développement d'une approche concertée pour tenir compte de ces Appels à l'action reliés à la santé, y compris les soins de santé primaire intégrés. L'IHA soumettra sous peu une proposition détaillée au gouvernement fédéral pour appuyer ce travail.

ⁱ <http://www.healthcarecan.ca/wp-content/uploads/2015/10/HCC-Appendix-1-letter-to-Min.-of-Finance.pdf>

ⁱⁱ <http://www.nhlc-cnls.ca/assets/2016%20Ottawa/NHLCIpsosReportJune1.pdf>

<http://www.healthcarecan.ca/wp-content/uploads/2015/10/HCC-appenix-2-poll-results.pdf>

ⁱⁱⁱ <http://www.healthcarecan.ca/wp-content/uploads/2016/04/5-Why-does-CIHR-need-enhanced-funding-support.pdf>

^{iv} http://www.healthcarecan.ca/wp-content/uploads/2016/03/IssueBrief_TRCC_FR.pdf

^v Conference Board du Canada. Mesures en matière de politique fédérale visant à répondre aux besoins de santé de la population vieillissante du Canada : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/conference-board-rep-sept-2015-embargo-fr.pdf>.

^{vi} Breaking the Deadlock: Towards a New Intergovernmental Relationship in Canadian Healthcare (annex 4).

^{vii} Canada's Innovation Leaders 2015.

^{viii} Rapport du Conseil des sciences, de la technologie et de l'innovation de 2014.

^{ix} Calculs de SoinsSantéCAN basés sur de l'information apparaissant sur les sites Web de ses membres.

^x Un récent sondage en ligne visant à évaluer l'impact des changements au financement des IRSC a révélé que 25 pour cent des 410 personnes qui ont répondu jusqu'à maintenant envisagent sérieusement de quitter le Canada;

70 pour cent ont déclaré qu'ils retardaient l'embauche des étudiants diplômés ou postdoctoraux. Voir : <https://www.statnews.com/2016/08/01/cihr-canada-research/>

^{xi} *SoinsSantéCAN* tient la base de données appelée Innovation sensationnelle qui présente les réussites en matière de recherche et innovation des hôpitaux de recherche entre 2012 et 2016. Une analyse des articles publiés permet de déterminer ces catégories. Il y a d'autres façons de classifier la recherche chez les organisations membres.

^{xii} H10 est un groupe d'action récemment formé composé de directeurs généraux des plus grands hôpitaux de recherche du pays, qui ont accepté d'assurer une représentation fédérale au nom de tous les hôpitaux de recherche, afin que leur valeur pour le Canada puisse être transmise avec la voix des universités de recherche.

^{xiii} Miller, Fiona A., et Martin French (2016). Organizing the entrepreneurial hospital: Hybridizing the logics of healthcare and innovation. *Research Policy*, 45(8): 1534-1544. Consulté à : <http://dx.doi.org/10.1016/j.respol.2016.01.009>.

^{xiv} Drolet, Brian C., et Nancy M. Lorenzi (2011). Translational research: understanding the continuum from bench to bedside. *Translational Research*, 157:1-5. Consulté à : [https://www.viictr.org/viictr/assets/File/Drolet_Translational%20Research_2010\(1\).pdf](https://www.viictr.org/viictr/assets/File/Drolet_Translational%20Research_2010(1).pdf).

^{xv} <http://www.healthcarecan.ca/wp-content/uploads/2015/03/5.6-Fact-Sheet-Winning-Conditions.pdf>