



Redonner confiance

*Mémoire soumis à la Commission
sur l'avenir des soins de santé au
Canada*

Septembre 2001

LE BUREAU D'ASSURANCE DU CANADA

Quelle que soit leur condition sociale, les Canadiens et les Canadiennes dépendent de la protection que leur offrent leurs polices d'assurance automobile, biens et commerciale contre les pertes par accident. L'assurance de dommages joue un rôle vital pour appuyer une économie dynamique et vigoureuse, et elle offre une plus grande tranquillité d'esprit à l'égard de nombreux risques que comporte la vie moderne. Le secteur de l'assurance de dommages s'efforce également d'améliorer la qualité de vie des collectivités en préconisant la prévention des pertes, l'amélioration de la sécurité routière, la prévention du crime, l'amélioration des codes du bâtiment et la planification coordonnée de mesures d'urgence pour composer avec les désastres.

Le Bureau d'assurance du Canada constitue l'association professionnelle nationale représentant l'industrie privée des assurances de dommages. Ses membres interviennent pour environ 90 % des polices non gouvernementales d'assurance autre que vie souscrites au Canada. Avec 100 000 emplois, l'industrie de l'assurance de dommages est l'un des plus importants employeurs au Canada. Elle verse près de 14 milliards de dollars par année en règlement de sinistres, y compris pour la réhabilitation des personnes blessées dans des accidents, pour le remplacement de marchandises volées et pour les réparations de résidences et de véhicules endommagés dans des accidents.

La participation directe de l'industrie de l'assurance au système de santé en qualité de principal acheteur de services médicaux et de réadaptation pour les victimes de la route et d'autres événements attribuables à une faute l'incite à s'intéresser au régime de soins de santé et à son avenir au Canada. Couvrant plus de 15 millions de véhicules, l'assurance automobile constitue la plus importante branche de l'assurance de dommages au Canada. Puisque toutes les provinces exigent que chaque véhicule automobile soit assuré, tout accident de la route causant des blessures entraîne nécessairement l'intervention d'un assureur. Toutes les activités liées aux soins de santé, qu'il s'agisse de la prévention des blessures, du financement des services publics, de la responsabilité pour les services de réadaptation dispensés en bonne partie par le secteur privé ou du dédommagement pour les pertes de salaires, aident à façonner la perspective unique que les assureurs de dommages ont des soins de santé au Canada.

Table des matières

	Page
Résumé	1
Sommaire des recommandations	3
Introduction	4
L'effet des blessures sur le système de soins de santé et la société du Canada	5
Éléments clés d'une vision du système public canadien de soins de santé	7
La voie de l'avenir : le cas particulier de la réadaptation	12
Recommandations.....	18

Résumé

Chaque année, les assureurs privés consacrent plus de 1 milliard de dollars aux soins de santé pour les victimes d'accidents de la route ou d'événements attribuables à une faute, comme le fait de glisser sur la chaussée glacée. La majeure partie de ces dépenses couvrent les services de réadaptation pour les victimes d'accidents de la route en vertu de régimes provinciaux d'assurance sans égard à la faute ou de dommages en responsabilité civile accordés par un tribunal. Les assureurs automobiles financent aussi directement les services offerts en vertu de régimes provinciaux d'assurance-maladie par le biais d'un impôt-santé. En 2001, les cotisations d'impôt-santé ont totalisé 173 millions de dollars, en hausse de 300 % par rapport aux 43 millions de dollars d'il y a cinq ans. En outre, les assureurs de dommages contribuent largement au règlement des frais médicaux et de réadaptation des victimes d'une large gamme d'incidents attribuables à une faute, lesquels peuvent survenir à la maison ou dans un établissement commercial. Enfin, les assureurs de dommages versent plus de 3,6 milliards de dollars aux gouvernements fédéral et provinciaux au titre de l'impôt des sociétés et des charges sociales, ce qui représente une autre contribution substantielle au financement des soins de santé au Canada.

Chaque année, plus de 225 000 personnes sont victimes d'accidents de la route. À titre de principale source de financement des soins de santé dont ces personnes et d'autres victimes d'incidents attribuables à une faute ont besoin, les assureurs sont confrontés à des défis très semblables à ceux que doivent relever les gouvernements provinciaux et les régimes d'indemnisation pour accidents du travail pour s'acquitter de leurs responsabilités permanentes en matière de soins de santé; ils doivent notamment :

- ✍ appliquer des stratégies de prévention des blessures pour réduire la demande de services de traitement;
- ✍ garantir aux blessés l'accès à des soins opportuns et adéquats;
- ✍ obtenir les meilleurs résultats possibles sous l'angle du recouvrement de la santé;
- ✍ éviter que les dépenses des assureurs en règlement de réclamations portant sur des soins de santé ne dépassent les ressources disponibles à ce chapitre;
- ✍ réduire la surconsommation de services de santé financés par les assureurs et les cas de fraude par certains fournisseurs ou utilisateurs.

Les blessures taxent lourdement le système de santé et engendrent des coûts sociaux élevés. Chaque année, les blessures, toutes causes confondues, se traduisent par des séjours en milieu hospitalier totalisant près de 1,7 million de jours. La contribution des accidents de la route se chiffre à environ 200 000 jours. Mais l'impact des blessures sur les ressources destinées aux malades aigus n'est qu'un membre de l'équation. Les personnes blessées ont souvent besoin de services de réadaptation pour recouvrer leur capacité fonctionnelle et leur qualité de vie, au travail comme au sein de la collectivité. Selon les estimations du BAC, les régimes provinciaux de santé et d'accidents du travail et les assureurs privés du Canada consacrent chaque année plus de 3,4 milliards de dollars à des services de réadaptation. Selon une récente étude de Santé Canada, si l'on tient compte de leurs coûts directs et indirects totaux pour la société, les blessures représentent une dépense de 14 milliards de dollars par année et ne sont devancées à ce chapitre que par les maladies cardiovasculaires, les troubles musculosquelettiques et le cancer.

Malgré l'ampleur des coûts qu'ils engendrent, ni les blessures ni les services de réadaptation n'ont reçu l'attention qu'ils méritent de la part des décideurs en matière de politique sur la santé. C'est ainsi que, contrairement à d'autres pays, le Canada ne considère pas la réduction de l'incidence des blessures comme une priorité. En outre, pour cette même raison, le système canadien des

services de réadaptation est l'un de ceux dont les problèmes de mauvaise performance, de morcellement, de pénurie de normes de service et de contrôle de la qualité, d'accès variable aux soins de santé, de reddition de comptes insuffisante quant aux résultats des soins prodigués et d'escalade incontrôlée des coûts, pour ne nommer que ceux-là, sont les plus graves.

Les trois éléments systémiques suivants sont déterminants pour garantir la stabilité future du régime de soins de santé et sa capacité de fournir les soins appropriés et de haute qualité auxquels les Canadiens s'attendent. Nous les énonçons pour situer les propositions précises de l'industrie de l'assurance de dommages énoncées dans le présent mémoire.

✍ Même si l'on prévoit qu'ils continueront d'encadrer les décisions au sujet de la politique en matière de santé à l'échelle du pays, les principes de la *Loi canadienne sur la santé* seront étoffés en raison d'une volonté plus marquée d'accroître l'efficacité, l'efficacité et la reddition de comptes des fournisseurs et des usagers quant à l'utilisation des ressources du système de santé.

✍ Les secteurs public et privé devront tous deux continuer de contribuer au financement des soins de santé, et la planification des orientations futures du régime (y compris la normalisation, la collecte et l'analyse des données et le contrôle des coûts) mobilisera ces deux volets du système.

✍ À mesure que se dégage un large consensus au sujet des initiatives visant à promouvoir le maintien du régime dans un contexte en quête de valeur (p. ex., intégrer davantage la prestation des soins de santé et recourir moins au financement par la rémunération à l'acte, ou établir un réseau de protection des renseignements personnels en santé propice à une gestion plus efficace des soins), les gouvernements s'engageront à passer de la parole aux actes en temps opportun.

En formulant ses propositions, l'industrie de l'assurance a pris soin de ne pas suggérer une façon détaillée d'«assainir» le système de soins de santé. Les propositions donnent plutôt suite aux préoccupations découlant de l'expérience des assureurs à l'égard des soins de santé et des services de réadaptation dont les blessés ont besoin, de même qu'à l'obligation pour les assureurs de maintenir les primes d'assurance à un niveau abordable.

Sommaire des recommandations

- (1) Lancer une initiative nationale axée sur la prévention des blessures.
- (2) Établir un cadre détaillé pour améliorer la prestation des services de réadaptation et la reddition de comptes à cet égard.
- (3) Améliorer la gestion des données sur les soins de santé; à cette fin :
 - (i) amorcer la collecte de renseignements détaillés sur la réadaptation;
 - (ii) instaurer un cadre législatif propre à inciter les fournisseurs de soins de santé à échanger des données.
- (4) Appuyer davantage la recherche empirique sur la réadaptation.
- (5) Améliorer les soins de santé primaires en intégrant davantage la prestation des services et en recourant moins au financement par la rémunération à l'acte.
- (6) Fournir aux consommateurs des renseignements clairs et pertinents sur la performance du système de santé et sur le coût des services de santé qu'ils utilisent eux-mêmes.
- (7) Établir un ratio cible entre le total des dépenses des secteurs public et privé en santé et la taille de l'économie.

Introduction

L'assurance de dommages et le système canadien de soins de santé

Plus de 225 000 personnes sont victimes d'accidents de la route chaque année au Canada. Bien que ce chiffre soit impressionnant, on estime que le nombre de victimes de blessures attribuables à d'autres causes comme des chutes ou à des accidents de sport est environ six fois plus élevé¹. Bon nombre de ces personnes font appel à des professionnels pour obtenir des services médicaux et de réadaptation.

Les assureurs s'intéressent de près aux facteurs qui influent sur l'état de santé ultime des victimes d'accidents de la route, de même qu'au bien-être de tous les Canadiens victimes de blessures accidentelles. Ils ont donc également tout intérêt à appuyer l'efficacité et l'efficience du système de soins de santé la mise en œuvre de stratégies de prévention dans le but de réduire l'incidence et la gravité des blessures accidentelles.

Le présent mémoire procède de la conviction suivante : les Canadiens et les Canadiennes devraient avoir accès à des soins de santé efficaces et adéquats lorsqu'ils en ont besoin. Malheureusement, dans le cas des services de réadaptation, qui constituent le volet des soins de santé que les assureurs connaissent le mieux, rien ne garantit à l'heure actuelle que cette attente sera comblée. L'incapacité du « secteur » canadien des services de réadaptation de se plier aux normes élevées de résultats, d'efficience opérationnelle et de reddition de comptes qui régissent les autres volets du système de soins de santé entraîne des coûts très élevés, et ces coûts sont d'ordre social aussi bien qu'économique; ils touchent les particuliers, les familles, les employeurs, les collectivités et le système de soins de santé lui-même.

Le présent mémoire aborde les préoccupations des assureurs de dommages quant à l'avenir des soins de santé au Canada; il comporte les quatre sections suivantes :

- ✍ l'effet des blessures sur le système de soins de santé et la société;
- ✍ les éléments clés d'une vision du système public de soins de santé du Canada;
- ✍ les raisons de faire de la réadaptation une priorité;
- ✍ des mesures recommandées.

¹ Estimation fondée sur les statistiques du *Registre national des traumatismes* sur les blessures nécessitant un séjour à l'hôpital.

L'effet des blessures sur le système de soins de santé et la société du Canada

Survol de l'incidence annuelle des blessures

Les blessures taxent lourdement le système de santé et engendrent des coûts sociaux élevés. Quelques statistiques sur la prévalence des blessures et leur impact sur le recours au système de soins de santé donnent une idée de la mesure dans laquelle elles façonnent le régime de soins de santé et la politique publique dans son ensemble :

- ?? Selon les plus récentes données contenues dans le *Registre national des traumatismes* de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), près de 102 000 personnes ont été hospitalisées à la suite d'une blessure en 1997-1998, ce qui représente 7 % du total des cas d'hospitalisation au Canada. Entraînant des séjours de 9 jours en moyenne, les blessures sont intervenues pour 1 738 778 jours d'hospitalisation. Quant aux blessures résultant d'un accident de la route, elles ont nécessité 200 000 jours d'hospitalisation à raison de 7 jours par personne en moyenne.
- ?? D'après les plus récentes données de Transports Canada, près de 225 000 personnes ont été blessées dans des accidents de la route en 1999. De ce nombre, 29 319 ont été hospitalisées pendant au moins une journée. Les accidents de la route ont été la deuxième plus importante cause de blessure nécessitant un séjour à l'hôpital (15 % du total). En revanche, les chutes accidentelles sont à l'origine de 54 % des blessures de cette gravité.
- ?? Les données de l'ICIS ne portent que sur les blessures nécessitant un séjour à l'hôpital d'au moins une nuit et, à l'heure actuelle, il ne semble exister aucune source nationale de renseignements sur les blessures entraînant une hospitalisation plus brève. Ainsi, les données sur les cas d'hospitalisation ne tiennent pas compte des visites à l'urgence à la suite d'une blessure. L'on sait toutefois que la très grande majorité des gens qui font appel à un professionnel de la santé pour soigner une blessure ne sont pas hospitalisés. Dans le cas des victimes d'accidents de la route, les assureurs estiment qu'entre 80 et 90 % des réclamations pour soins de santé ont trait à des blessures touchant des tissus mous qui peuvent être traitées par un médecin ou par un autre fournisseur, réglementé ou non, de soins de santé. Même si elles ne requièrent pas toujours des soins aigus, les blessures de ce type peuvent exiger des traitements poussés et se répercuter longtemps sur la productivité, le mode de vie et le bien-être de la victime.

Le fardeau des blessures pour le système de santé et la société

Depuis quelques années, les chercheurs qui étudient les soins de santé scrutent de plus en plus les blessures pour trouver des façons de sensibiliser davantage le public et de faire en sorte que la politique publique cible davantage, et de façon plus efficace, le problème des blessures dans toutes ses dimensions. Une première étude de recherche sur les blessures au Canada a cherché à documenter le coût total des blessures à l'échelle du pays. À cette fin, les principaux coûts sont répartis entre les coûts directs de prestation des soins de santé nécessaires au traitement des blessures et les coûts indirects qui se rapportent à la perte de capacité de la victime de s'acquitter des principales tâches de la vie quotidienne comme travailler ou prendre soin d'un enfant, par exemple. Il convient de prendre note des résultats de ces analyses, que ce soit en raison de leur ampleur ou de leur signification pour le besoin de considérer la prévention et le traitement efficace des blessures traumatiques comme des éléments clés d'un régime de soins de santé :

- ?? En 1997, Santé Canada indiquait que le coût social direct et indirect des blessures s'élevait à 14 milliards de dollars². Seules les maladies cardiovasculaires, les troubles musculosquelettiques et le cancer entraînent des coûts totaux plus élevés.
- ?? Les études, tant canadiennes qu'étrangères, sur le coût des blessures montrent toutes que le coût médical direct du traitement des blessures est toujours inférieur aux coûts indirects de ces dernières, comme la perte de revenu. L'étude susmentionnée de Santé Canada le confirme. Tant les assureurs privés que les commissions d'accidents du travail sont aux prises avec des coûts élevés au chapitre des prestations pour invalidité.
- ?? Même si certaines maladies, comme le cancer et les maladies cardiovasculaires, sont plus fréquentes à mesure que l'on vieillit, la plupart des blessures, à l'exception des chutes, surviennent beaucoup plus souvent alors que les gens sont à un âge où leur productivité est à son sommet. Dans le cas des blessures causées par un accident de la route, 42 % des personnes hospitalisées ont entre 15 et 35 ans, et 34 % ont entre 35 et 64 ans. En effet, les accidents de la route sont la principale cause de décès chez les Canadiens âgés de 14 à 24 ans.

Les auteurs d'une étude menée en 1999 par le groupe *Sauve-Qui-Pense* demandent « Pourquoi examiner le fardeau économique des blessures? »³ Les assureurs du Canada souscrivent à leur réponse, qui se lit comme suit :

« Les données épidémiologiques sous-entendent que des coûts considérables sont engendrés par les blessures non intentionnelles, non seulement du point de vue des ressources en soins de santé — déjà très restreintes — qui sont utilisées pour assurer les secours et les soins aux personnes blessées et leur réadaptation, mais aussi du point de vue du nombre élevé d'années de vie productives perdues en raison d'un décès prématuré ou d'une incapacité de longue durée. Il ne faut pas non plus négliger l'importance des coûts [subis par les] personnes blessées, [...] leur famille et [...] leurs amis. »

² *Le fardeau économique de la maladie au Canada*, Santé Canada, 1997. L'estimation repose sur les données de 1993.

³ *Le fardeau économique des blessures non intentionnelles au Canada*, *Sauve-Qui-Pense*, 1998.

Éléments clés d'une vision du système public canadien de soins de santé

Le contexte

Pendant la majeure partie des deux premières décennies suivant l'instauration d'un régime universel de soins de santé au Canada, les assureurs privés y jouaient un rôle limité. La primauté du régime public, prévue par la loi, et le recours accru aux soins en milieu hospitalier au cours de cette période (pour les soins aigus, la récupération et la réadaptation) ont fait en sorte que le rôle des assureurs se limitait à la prestation de services de longue durée et supplémentaires, et à celui de payeur de dernier ressort. Dans l'ensemble, à cette époque, les assureurs se voyaient comme la source passive de financement d'une gamme limitée de services de santé que les régimes provinciaux d'assurance ne couvraient pas.

Au cours des 10 à 15 dernières années, cette situation a profondément changé à l'échelle du pays en raison de plusieurs facteurs. Les tensions budgétaires ont incité les hôpitaux du pays à confier à des organismes communautaires la prestation d'une part de plus en plus grande des services de récupération et de réadaptation destinés aux blessés, les soustrayant du même coup à la protection des principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Pendant ce temps, des modifications des lois provinciales sur l'assurance automobile et d'autres changements connexes font que les assureurs automobiles ont été beaucoup plus sollicités pour financer les coûts directs des services médicaux et de réadaptation destinés aux victimes d'accidents de la route. Résultat prévisible de ces changements : le montant absolu et relatif des frais de règlement des assureurs au titre des soins médicaux et de santé ont explosé. Parallèlement, l'industrie constate de plus en plus que le rôle traditionnel de « payeur passif » est incompatible avec le besoin de savoir, de nos jours, que les ressources consacrées aux traitements contribuent au recouvrement de la santé et que les coûts des services de santé demeurent abordables compte tenu d'un barème de primes d'assurance acceptable aux yeux de nos clients.

Puisqu'ils financent de plus en plus la prestation des soins de santé, les assureurs sont aujourd'hui confrontés à des défis analogues, à maints égards, aux enjeux clés auxquels les gouvernements provinciaux et les régimes d'indemnisation des victimes d'accidents du travail doivent donner suite pour s'acquitter de leurs responsabilités permanentes en matière de soins de santé. C'est ainsi que la vision, articulée par les assureurs, des orientations stratégiques requises pour garantir la gestion rentable de leurs obligations en matière de soins de santé renferme des éléments clés ayant trait à la gestion de l'ensemble du système de soins de santé. Leur description figure ci-après. La section suivante du présent mémoire aborde certaines préoccupations au sujet de la prestation des services de réadaptation.

Trois éléments critiques d'un système de soins de santé durable

A. Concilier les valeurs névralgiques qui sous-tendent les soins de santé

Les principes de la *Loi canadienne sur la santé* énoncent de façon unique les valeurs qui sous-tendent notre système actuel. Étant donné le large consensus public à l'égard de ces principes, les assureurs reconnaissent que les Canadiens veulent qu'ils continuent de guider la politique nationale sur la santé au cours des prochaines années. Nous croyons en outre que ces principes font une large place à l'innovation pour aider à relever les défis en matière de soins de santé qui caractérisent notre époque.

Au même moment, nous trouvons regrettable que les notions d'efficacité, d'efficacités et de reddition de compte des usagers et des fournisseurs n'aient pas été intégrées aux valeurs fondamentales de notre système de santé. Il convient d'aborder cette situation alors que nous cherchons à établir des conditions propices au maintien du régime.

L'absence de l'efficacité et de l'efficacités du cadre initial des valeurs du système canadien de soins de santé est peut-être l'une des raisons pour lesquelles, jusqu'ici, (i) notre régime universel de soins de santé n'a pas assez insisté sur l'évaluation des résultats sous l'angle du recouvrement de la santé; (ii) on n'emploie pas couramment des indicateurs de performance pour mesurer l'efficacité des composantes du système; et (iii) on n'exige rarement que l'affectation des ressources, les options de traitement et les autres processus clés soient documentés. Cette situation a commencé à changer à mesure qu'on s'est inquiété de plus en plus des pressions en faveur d'une expansion continue de la capacité du système de soins de santé. Un climat de dénigrement, et même de méfiance, au sujet de la pertinence des concepts d'efficacité et d'efficacités pour les soins de santé persiste toutefois.

De même, le peu d'importance accordé à la reddition de comptes des usagers et des fournisseurs quant à l'utilisation efficiente des ressources en santé a alimenté, à notre avis, les craintes actuelles voulant que le système soit peut-être en voie de devenir impossible à maintenir. Il faut que le système de santé soit perçu comme un actif dont tous les Canadiens et les Canadiennes profitent, et c'est pourquoi chacun doit veiller à empêcher qu'il soit utilisé de façon inappropriée, inefficace ou frauduleuse. Or, il arrive trop souvent que ce ne soit pas le cas. Étant donné que les services de santé, qu'ils soient payés par un régime provincial d'assurance-maladie ou par un assureur, sont habituellement « gratuits » du point de vue du particulier, ce dernier n'est peut-être pas incité à n'y recourir que dans la mesure nécessaire. Les dossiers des assureurs montrent qu'un grand nombre de réclamations portent sur des services excessifs, fournis en double, voire inexistant dans certains cas⁴.

Il est essentiel de mieux informer le public au sujet de la performance et des coûts du système de santé pour faire mieux comprendre le lien entre, d'une part, l'efficacité, l'efficacités et l'obligation de chacun de rendre des comptes et, d'autre part, le maintien des soins de santé. Il existe en outre des preuves valables montrant que les principaux bailleurs de fonds du système de santé doivent élaborer ensemble des mécanismes permettant de renforcer l'obligation pour chacun de rendre compte de l'utilisation appropriée des ressources du système de santé, peu importe qui paie la note.

⁴ La Coalition canadienne contre la fraude à l'assurance a réalisé une étude récente pour mesurer l'incidence des réclamations frauduleuses pour blessures au Canada. Elle fera état de ses conclusions en détail dans le mémoire qu'elle soumettra à la Commission.

B. Préserver un rôle positif pour le financement privé dans le cadre du système canadien de soins de santé

L'industrie de l'assurance de dommages participe dans une très large mesure au financement de ce que l'on qualifie habituellement de volets « public » et « privé » du système de santé. Tout en étant sensibles au débat public quant au rôle du financement privé, nous estimons que notre propre expérience témoigne de la valeur que les fonds privés peuvent contribuer aux soins de santé. Notre expérience comporte aussi des leçons sur la manière de profiter du financement privé tout en évitant certains problèmes potentiels.

L'indicateur le plus simple de la valeur de la contribution du secteur privé aux soins de santé est le montant de sa contribution financière. Selon l'ICIS, la contribution du secteur privé canadien au régime de soins de santé a totalisé 27,5 milliards de dollars, soit environ 30 % du total des dépenses en santé. Des fonds privés de cette importance ajoutent considérablement à la capacité de notre système de santé. Ils rehaussent donc la capacité du système de respecter les valeurs qui sous-tendent la prestation des services de santé au Canada et les attentes connexes du public. Une autre retombée importante et positive de la contribution du secteur privé au financement des soins de santé est la concurrence qu'elle favorise entre les services, les fournisseurs et les organismes, ce qui ne peut que multiplier les choix offerts aux usagers et, en bout de ligne, accroître le niveau de satisfaction des consommateurs.

La contribution financière du secteur privé est l'un des points forts de notre système. Au même moment, l'expérience des assureurs témoigne des problèmes qui peuvent survenir lorsqu'on permet que la présence de multiples sources de financement des soins de santé se traduise par la création discrète de silos de soins et par des normes de soin différentes selon la source des fonds. À titre d'exemple, les fournisseurs et les consommateurs citent souvent des preuves montrant que l'accès à des services de réadaptation dépend de qui paie pour les services. Ce phénomène n'est pas nouveau, mais il semble se répandre. Selon des chercheurs de l'Institut de recherche sur le travail et la santé de l'Ontario, la visite d'une clinique de physiothérapie illustre cet argument de façon très éloquente. Qu'on en juge :

[TRADUCTION] La clinique comporte un bureau de réception scindé en deux. Un mur partage les locaux de la clinique. À droite, il y a la « clinique de l'annexe 5 », où les services de physiothérapie sont couverts par la RAMO. À gauche, c'est la « clinique privée », dont les services sont à la charge du client ou de son assureur.

Les propriétaires de la clinique ont dit que, pour des raisons professionnelles et d'éthique, ils insistent pour qu'il n'y ait *pas trop de différence* (soulignement ajouté) entre les soins dispensés de part et d'autre du mur. On trouvait donc de l'équipement similaire de chaque côté du mur, mais en plus grand nombre dans la clinique « privée ». Les propriétaires ont souligné que les honoraires versés par la RAMO ne permettaient pas vraiment de fournir les mêmes soins que ceux offerts par la clinique « privée ». On peut présumer, même si le propriétaire de la clinique ne l'a pas dit expressément, qu'en raison de ce barème, nous sommes ici dans un établissement où la clinique « privée » subventionne en fait la « clinique de l'annexe 5 » assurée par la RAMO⁵.

Des situations semblables sont incompatibles avec l'esprit, sinon la lettre, des principes de la *Loi*

⁵ *Rehabilitation Services Inventory and Quality Project*, Phase I Report, Institut de recherche sur le travail et la santé, 1995.

canadienne sur la santé, et avec les principes d'efficience et d'efficacité que nous proposons d'ajouter.

Les situations de ce genre sont aussi parfaitement évitables. Or, pour cela, les personnes chargées de la planification et de la prise de décisions à l'égard du système de santé ne doivent pas traiter les services et les soins financés par le secteur privé comme étant en marge du système national de soins de santé. De même, il est improductif de priver à toutes fins utiles les principaux bailleurs de fonds, comme les assureurs et les organismes d'indemnisation des victimes d'accidents du travail, de tout rôle au chapitre de la planification et de l'évaluation globales des secteurs où ils sont les plus présents, bien que ce soit le cas à l'heure actuelle.

Si l'on admet qu'un adolescent qui se rompt le cou en plongeant en eau peu profonde, qu'une victime d'un accident cérébrovasculaire ou qu'une personne qui subit une lésion au cerveau à la suite d'un accident de la route ont tous droit à des soins opportuns et adéquats, il devrait être possible de s'entendre sur une façon d'organiser le système de santé de manière que ces personnes reçoivent des soins de même qualité, peu importe qui paie.

Les capitaux privés jouent un rôle clé dans le financement du régime universel de soins de santé du Canada depuis son instauration. Il est peu probable que cela ne change, et c'est fort bien ainsi. Cependant, pour exploiter pleinement la capacité des fonds privés de contribuer à l'amélioration des soins de santé dans un régime motivé par la valeur, il faudra des mécanismes de planification et de prise de décisions autres que ceux en place à l'heure actuelle.

C. S'engager à agir

Le BAC ne partage pas l'opinion de ceux qui affirment que le système canadien de soins de santé est en « crise » à l'heure actuelle. L'une des raisons en est qu'à notre avis, au cours des 30 dernières années, le Canada s'est doté d'un modèle fondamentalement sain pour dispenser les soins de santé dont sa population a besoin. Le Canada dispose aujourd'hui d'une longue expérience dans la gestion d'un système de santé toujours plus complexe qui a dû évoluer et s'adapter face à de profonds changements démographiques, à l'émergence de maladies nouvelles et à l'incidence accrue de certaines autres, et à d'importantes fluctuations de la vigueur de son économie. Nos professionnels de la santé sont reconnus à travers le monde pour leur tradition d'excellence, et nous restons parmi les chefs de file du globe lorsqu'il s'agit de comparer la santé de la population, que ce soit sous l'angle de l'espérance de vie ou du taux de mortalité infantile ou juvénile. Le soutien, souvent passionné, dont le système canadien de soins de santé jouit auprès du public est un autre de ses avantages clés.

En outre, les assureurs savent que les problèmes et les défis auxquels notre système de santé est confronté ne sont pas vraiment différents de ceux avec lesquels presque tous les autres pays doivent composer. Partout, les revendications en faveur de services de santé plus nombreux et améliorés s'opposent à la capacité de payer des pays. À l'intérieur d'une fourchette, les facteurs sont semblables ou identiques : poussées démographiques parmi les jeunes ou les personnes âgées, progrès technologiques ou innovations au chapitre des traitements, hausse du prix des médicaments, et rareté croissante des travailleurs compétents du domaine de la santé, pour ne nommer que les plus importants. Même si les enjeux que nous devons aborder pour garantir le maintien des systèmes de soins de santé sont certes graves et difficiles, le fait que le Canada dispose d'une vaste expertise en gestion des soins de santé et jouisse d'un large consensus populaire quant aux valeurs qui sous-tendent son système font qu'il est mieux placé que la plupart des autres pays pour régler ces questions de manière efficace.

Depuis une dizaine d'années, il s'est réalisé au Canada de très nombreuses études sur les façons

d'accroître la rentabilité et le maintien des soins de santé. Au fil de ces études, les aspects du système qu'il y a lieu d'améliorer sont étonnamment uniformes, tout comme les solutions proposées. Voici quelques-unes des recommandations les plus fréquentes :

-  Il faut accorder beaucoup plus d'importance à *la prévention, à l'éducation en santé et à la santé* publique pour développer des partenariats avec les usagers du système pour aider à maximiser la santé de la population et, par conséquent, contribuer nettement à empêcher que les coûts n'atteignent une ampleur impossible à gérer.
-  Le système de *soins primaires* doit changer pour que la prestation de ces derniers soit plus efficiente et davantage centrée sur le client, pour réduire le recours au financement par rémunération à l'acte, pour minimiser le risque de dédoublement des services et pour réduire la demande visant les fournisseurs de services secondaires coûteux.
-  Il faut investir dans une *infrastructure d'information* fondée sur des *règles à jour en matière de renseignements personnels en santé* afin de réaliser les objectifs de qualité et de productivité d'une meilleure intégration des soins de santé.
-  L'État et les établissements universitaires doivent d'engager suffisamment à mener *des travaux de recherche* sur le bien-fondé des modalités de prestation des soins et le transfert opportun des résultats des recherches à l'intérieur du système de soins de santé.
-  Il faut institutionnaliser *la collaboration et le partage de l'information* entre les bailleurs de fonds et les fournisseurs pour dispenser de meilleurs soins selon des pratiques exemplaires, réduire le double emploi et l'inefficience, et planifier l'affectation efficace des ressources humaines et financières en santé.

À l'instar de la grande majorité des autres intervenants consultés dans le cadre des études antérieures qui ont débouché sur ces orientations, les assureurs y souscrivent. Toutefois, ayant constaté l'uniformité des correctifs proposés afin de maintenir et d'améliorer les résultats en matière de santé, nous remarquons en outre avec beaucoup de frustration la maigreur de progrès réalisés à travers le Canada en regard de la plupart des recommandations clés. Le fait que les gouvernements semblent préférer étudier une question au lieu d'agir n'a guère contribué à mieux préserver le système de santé. Il est grand temps d'agir en fonction de ce que nous savons déjà sur les façons d'améliorer et de préserver notre système national de santé.

La voie de l'avenir : le cas particulier de la réadaptation

Chaque année, les blessures accidentelles coûtent des milliards de dollars aux Canadiens, mais elles restent un fléau essentiellement caché. La politique canadienne en santé fait plus de place aux autres enjeux de santé qu'au problème des blessures⁶.

Cette affirmation, qui reflète l'introduction d'une récente étude sur le coût des blessures, vaut également pour le volet « réadaptation » des soins de santé. Au Canada, on n'a jamais tenu compte de la réadaptation pour planifier de façon courante l'affectation des ressources consacrées aux soins de santé. La réadaptation constitue donc l'un des pires exemples de la piètre performance du système : absence de normes de service, accès variable aux soins, reddition de compte inadéquate à l'égard des résultats de santé, escalade incontrôlée des coûts, etc.

[TRADUCTION] Les intervenants ont signalé certains problèmes éprouvés par les victimes d'un traumatisme neurologique, comme l'accès limité à des services de soutien dès les premiers stades, la difficulté d'obtenir rapidement des services de réadaptation intensive après la fin de la période de soins aigus, la hausse des coûts des fournitures médicales et du matériel devant faciliter la vie autonome, la prestation inadéquate et peu uniforme des soins à domicile d'une région à l'autre, le caractère restrictif des critères d'admissibilité aux programmes et aux services, le calcul des prestations selon la cause de la lésion ou la situation financière du bénéficiaire plutôt que d'après une évaluation des besoins, et le peu de contrôle des bénéficiaires sur les soins qu'ils reçoivent. *Report on Community Rehabilitation of Neurotrauma Survivors and their Families*, Alberta Centre for Injury Control and Research, 1999.

Qu'est-ce que la réadaptation?

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la réadaptation est un processus visant un but et souvent d'une durée limitée grâce auquel une personne présentant une déficience ou dont les activités ou la capacité de participation sont limitées peut déterminer et atteindre son niveau optimal d'activité physique ou intellectuelle ou d'interaction sociale dans le cadre d'un partenariat axé sur le client et faisant appel à la famille, aux fournisseurs de services et à la collectivité. La réadaptation met l'accent sur les capacités et vise à faciliter l'autonomie et l'intégration sociale.

Cette définition aide à illustrer le caractère déterminant de la réadaptation comme catégorie de services de santé. D'une part, elle montre que la valeur concrète de la réadaptation est son rôle pour aider les gens à retrouver un niveau optimal d'activité et d'autonomie. Pour ce faire, la réadaptation rejoint tous les aspects de la vie, y compris la mobilité, la communication, les activités de la vie courante, les loisirs, de même que les questions spirituelles et les émotions. D'autre part, la portée générale de la réadaptation se traduit par une multitude de cadres de pratique et de modes de traitement. La réadaptation est assurée par des hôpitaux généraux et spécialisés, en clinique interne ou externe, de même que par des médecins de famille, des cliniques privées, des cliniques de santé communautaire, des écoles et des centres de soins de longue durée. Dans un premier temps, une large gamme de professionnels de la santé, réglementés ou non, participent à la prestation des services de réadaptation.

⁶ Adapté des paragraphes introductifs de *Le fardeau économique des blessures non intentionnelles au Canada*

À l'heure actuelle, il n'existe pas de base de données nationale sur les services de réadaptation⁷. Il est donc difficile d'aller au-delà d'une esquisse du « secteur de la réadaptation ».

L'une des caractéristiques de la réadaptation est la multitude de personnes et d'organisations qui paient pour des services. En effet, vu la complexité du système de payeur, il est difficile de déterminer l'ampleur des sommes dépensées, les auteurs de ces dépenses et la nature des services obtenus. On peut se faire une idée de l'ampleur de l'effort national dans le domaine de la réadaptation sachant qu'en Ontario, en 1999, les assureurs automobiles ont consacré près de 650 millions de dollars aux services de réadaptation⁸, la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail a dépensé quelque 111 millions de dollars pour la réadaptation de travailleurs blessés et le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée a affecté un peu plus de 600 millions de dollars aux services de réadaptation. Si l'Ontario intervient pour environ 40 % des dépenses en réadaptation à l'échelle nationale⁹, ces dernières totaliseraient plus de 3,4 milliards de dollars.

En outre, les données sur les professionnels de la santé œuvrant en réadaptation sont aussi loin d'être complètes. Selon le répertoire des professionnels de la santé de l'ICIS, les trois principales professions du domaine de la santé associées à la réadaptation – la chiropratique, l'ergothérapie et la physiothérapie – regroupaient 16 063 professionnels agréés en 1988. En 1997, ce nombre avait grimpé de plus de 64 % pour atteindre 26 386. (En revanche, le nombre de médecins, et d'infirmières a chuté de 11 et de 6 % respectivement au cours de la même période.) À cela s'ajoutent de nombreux autres types de fournisseurs de soins de santé qui dispensent des services de réadaptation sous diverses formes, notamment les psychologues, les massothérapeutes, les naturopathes, les acupuncteurs et les kinésithérapeutes. Il semble que le nombre de ces praticiens ait également connu une forte croissance ces dernières années. Toutefois, puisqu'aucune collecte systématique de données n'est effectuée dans ce domaine, il est impossible de chiffrer le taux global de croissance de la collectivité des professionnels de la réadaptation ou la mesure dans laquelle la combinaison de leurs services et de leurs coûts représente des composantes non mesurées de l'ensemble du système de santé.

Tensions à la hausse sur les services de réadaptation au Canada

On peut avoir besoin de services de réadaptation à la suite d'un accident survenu au travail, sur la route ou ailleurs, d'un accident cérébrovasculaire, d'une crise cardiaque ou d'un traumatisme musculosquelettique ayant nécessité le remplacement d'une hanche, par exemple.

À partir des données les plus récentes, bien qu'incomplètes, la première partie du présent mémoire donnait une idée du nombre de personnes blessées chaque année et ayant besoin d'un service de réadaptation quelconque : le fait que plus de 100 000 personnes hospitalisées chaque année à la suite d'une blessure et 80 à 90 % des victimes d'accidents de la route ont besoin de services de réadaptation dispensés ailleurs qu'en milieu hospitalier sont des indices de taille, quoique partiels, des besoins.

Les données existantes sur les autres catégories d'outils diagnostiques pouvant engendrer des besoins spécifiques en réadaptation sont encore plus fragmentaires que celles sur les blessures pour ce qui est d'indiquer l'ampleur de la demande de services de réadaptation qui s'y rattache.

⁷ Les récents efforts de l'ICIS pour améliorer nettement les données existantes à ce chapitre ne portent que sur les services de réadaptation dispensés en milieu hospitalier.

⁸ Cela ne comprend pas le volet « réadaptation » des réclamations en responsabilité civile, dont les données sur l'industrie de l'assurance ne traitent pas séparément.

⁹ En fait, en 1999, la part de l'Ontario du total des dépenses en santé était d'environ 39 %.

L'on sait par contre que deux des principaux troubles de santé à l'origine de la demande de services de réadaptation sont parmi les plus répandus et les plus coûteux : les maladies cardiovasculaires et les troubles musculosquelettiques.

Pour ce qui est de l'avenir, de solides indices montrent que les pressions en vue d'accroître la capacité actuelle des services de réadaptation seront de taille. Ainsi, d'après le *Registre national des traumatismes*, l'âge moyen des personnes hospitalisées à l'échelle nationale en 1998-1999 à la suite d'une blessure était de 49 ans. Les personnes de plus de 65 ans sont intervenues pour 35 % de tous les cas d'hospitalisation pour blessure et pour près de 64 % des séjours en milieu hospitalier pour ce motif. Cela montre que l'incidence des blessures est plus élevée chez les personnes plus âgées, que ces blessures sont plus graves et qu'il est plus difficile de s'en remettre.

Par ailleurs, certains faits montrent que déjà, à l'heure actuelle, la capacité de fournir les services de réadaptation nécessaires n'a pas suivi la demande. Les listes d'attente pour des services de réadaptation publiées récemment par le Regroupement des établissements de réadaptation en déficience physique de Montréal en témoignent. Au 31 mars 2001, 9 391 personnes étaient en attente de services de réadaptation au Québec. Une étude sur les rôles en matière de soins chroniques réalisée pour le ministère de la Santé de l'Ontario, qui portait sur le problème des listes d'attentes des hôpitaux de soins chroniques, a décelé un problème semblable de capacité déficiente. Selon cette étude, 84 % des personnes inscrites sur ces listes étaient en attente de soins de longue durée ou de services de réadaptation. À un moment ou à un autre, 328 patients en moyenne étaient hospitalisés à tort en raison de la pénurie de services de réadaptation appropriés.

Enjeux problématiques de la réadaptation

Nous avons soulevé quelques-uns des graves problèmes qui caractérisent le secteur de la réadaptation au Canada pour tenter de le décrire. Nous présentons ici des points de vue au sujet des grands enjeux de la réadaptation que la politique publique doit aborder. Les enjeux que nous soulevons découlent de l'expérience acquise par les assureurs auprès des victimes de blessures et de leurs fournisseurs de soins de santé dans la recherche d'un taux de récupération et de fonctionnalité et d'une qualité de vie optimales.

La fragmentation du secteur de la réadaptation, et son impact sur la qualité et la continuité des soins

La fragmentation des services est souvent citée par tous les intervenants du système de santé comme un problème ayant des répercussions néfastes sur les soins destinés aux patients et sur le contrôle des coûts. Cela vaut particulièrement pour la réadaptation en raison de la multitude de sources de financement. Il n'existe habituellement pas de tribunes provinciales permettant aux principaux bailleurs de fonds et fournisseurs de services d'échanger de l'information ou de planifier et de développer des politiques compatibles. C'est ainsi que les parois des silos à l'intérieur même du secteur de la réadaptation peuvent sembler particulièrement épaisses aux gens qui requièrent des services.

Pour quiconque essaie de se remettre d'une blessure grave, la fragmentation des services de réadaptation peut entraîner l'interruption de son plan d'intervention lorsque cette personne passe des soins en milieu hospitalier aux soins en milieu communautaire. Cette personne pourrait devoir attendre longtemps avant d'être traitée, ou être privée des traitements appropriés parce que le service en question n'est pas couvert par le budget de l'intervenant à qui elle peut faire appel. En réadaptation, où la récupération optimale dépend habituellement d'une intervention précoce et de la continuité des soins, on constate de très graves symptômes d'une performance déficiente. Qui plus est, beaucoup d'assureurs constatent que la fragmentation des services peut faire en sorte

que les patients sont confrontés à une gamme de choix portant à confusion et entraîner le double emploi, la redondance ou le choix d'un traitement inefficace. De plus, les patients ne peuvent pas toujours s'attendre à ce que les fournisseurs de soins de santé leur prodiguent les soins optimaux en fonction de leurs besoins. Comme on pouvait le lire dans un récent rapport transmis à une association de physiothérapeutes, la fragmentation du secteur risque de favoriser le délestage, où les fournisseurs tentent de réduire leurs propres coûts en transférant leurs patients à d'autres praticiens des secteurs public et privé¹⁰.

✍ L'incertitude à propos des limites des régimes provinciaux d'assurance-maladie au chapitre de la réadaptation, ainsi que du rôle et de la reddition de comptes des ministères provinciaux de la Santé au sujet des nombreux services de réadaptation que l'État ne finance pas

La restructuration des soins de santé à travers le pays et la modification des listes de soins de santé assurés par les provinces font que de plus en plus de services de réadaptation sont financés par le secteur privé. Or, comme certains services de réadaptation demeurent couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie, il est souvent difficile de savoir comment avoir accès à ces ressources ou si les soins dispensés aux patients sont couverts par un régime public ou privé d'assurance. Ce climat d'incertitude n'aide certes guère le patient à s'y retrouver, et peut surtout faire obstacle à sa récupération.

À l'échelle du système, lorsque le financement d'un plan de traitement ne relève pas du secteur public, les activités transférées ne font souvent l'objet d'aucune surveillance. Il n'y a aucune collecte de données structurée, aucun moyen de déterminer si des usagers sont victimes des ratés du système, aucun dépistage systématique des problèmes, et aucune planification sectorielle. En outre, les préoccupations des gouvernements à propos du coût des services s'estompent largement dès que l'on présume que ces coûts seront assumés par un assureur ou par l'usager lui-même. Même si les provinces ont fermement appliqué des stratégies pour freiner l'escalade des coûts des services couverts par les régimes publics d'assurance au moyen, par exemple, de politiques d'indemnisation et de mesures d'efficacité, elles ont mis peu de mécanismes, voire aucun, à la disposition de ceux qui cherchent à contenir le coût des services de réadaptation financés par le secteur privé.

L'efficacité des services de réadaptation est un enjeu clé de santé publique. Dans un régime axé sur la valeur, les questions comme l'accès, la qualité des soins, l'uniformité des résultats et la rentabilité sont d'égale importance pour le bien-être des patients, peu importe où le service est fourni et qui paie. Toutefois, l'absence d'une fonction de contrôle à l'échelle du secteur de la réadaptation fait en sorte que la réalité est très loin de cet idéal.

✍ L'absence de données sur le secteur de la réadaptation, y compris sur l'utilisation des services par les fournisseurs et les usagers

L'absence de collecte périodique de données nationales sur le financement et l'utilisation des services de réadaptation témoigne du peu d'importance accordée à cette composante du secteur de la santé. Deux des initiatives en cours les plus prometteuses afin de mieux documenter le secteur de la réadaptation sont dirigées respectivement par le BAC en Ontario et par l'ICIS à l'échelle nationale. Elles visent à mettre au point un système normalisé de facturation à l'intention des fournisseurs de services de réadaptation, de même qu'une capacité connexe de stockage des données. Il n'est pourtant toujours pas question d'amorcer la collecte systématique et permanente de données sur l'effectif global du secteur, la structure du volet privé de l'industrie, la capacité

¹⁰ Cummins, R. *Paymasters in Revolt: The Environment for Physiotherapy in Ontario*. Rapport préparé pour l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario, 19 janvier 1996.

d'ensemble, les taux d'utilisation, etc. Ici comme dans les autres secteurs du système de santé, il est essentiel de disposer de données complètes et de qualité pour faire en sorte que les gens qui requièrent des services de réadaptation soient traités de manière efficace.

✍ L'insuffisance des recherches sur les résultats des traitements et sur la mesure des résultats

Traditionnellement, bien que les services de réadaptation fassent l'objet d'études, la recherche dans ce secteur, dont la taille et l'importance augmentent rapidement, est relativement sous-financée. Le commentaire de l'organisme *Sauve-Qui-Pense* à l'effet que, même si les blessures interviennent chaque année pour 7 % des cas d'hospitalisation au Canada, à peine 1 % du budget disponible pour la recherche en santé au pays est consacré à la réadaptation. En outre, comme il n'existe pas d'inventaire des travaux de recherche sur la réadaptation en cours, il est difficile de savoir ce qui se fait où et quand on peut s'attendre à des résultats. Pour cette même raison, il ne faut pas s'étonner si les praticiens, les administrateurs et les bailleurs de fonds de la réadaptation ne sont pas informés des conclusions des travaux de recherche.

Les usagers des services de réadaptation et ceux qui les financent ont tous intérêt à appliquer des stratégies propices au recouvrement optimal de la santé dans les plus brefs délais. Cela exige l'étude beaucoup plus poussée de questions comme l'évaluation de traitements alternatifs pour des formes courantes d'invalidité, les mesures des résultats qui conviennent à la réadaptation, et la prévention des blessures.

✍ L'absence of lignes directrices consensuelles sur des pratiques exemplaires reliées au traitement des troubles courants qui nécessitent des services de réadaptation :

L'une des meilleures façons d'assurer la diffusion des résultats de recherche consiste à élaborer des lignes directrices consensuelles. Toutefois, contrairement à d'autres importants problèmes de santé, il y a peu d'exemples de protocoles de traitement en réadaptation utilisés à grande échelle. Le plus connu est sans doute l'outil mis au point par le Groupe de travail sur les troubles reliés au coup de fouet cervical, créé au Québec en 1995.

Le grand nombre de praticiens et de cadres de pratique auxquels on recourt afin de traiter des cas semblables d'invalidité met en lumière le besoin d'adopter des lignes directrices de pratique exemplaire en réadaptation. Des lignes directrices consensuelles s'imposent pour stimuler l'amélioration des normes de prestation des services de réadaptation, la réduction des coûts inutiles pour les volets public et privé du secteur de la réadaptation et l'élimination du double emploi des services de réadaptation.

✍ Le manque d'uniformité de l'assurance de la qualité

L'absence de mécanismes uniformes d'évaluation appliqués à l'échelle du secteur de la réadaptation n'incite guère les patients et les bailleurs de fonds à croire qu'ils sont à l'abri des cas de traitement inégal ou marqué au coin de l'incompétence. Certes, la grande majorité des fournisseurs de services sont compétents et exercent leur art en conséquence et selon les normes régissant leur profession. Lorsqu'un fournisseur de soins est membre d'une profession réglementée, il est habituellement tenu de suivre une formation permanente quelconque. Ce n'est toutefois pas le cas des fournisseurs non réglementés, sans compter que les organismes de santé, qu'ils soient financés par le secteur public ou privé, ne sont habituellement pas tenus d'appliquer des méthodes d'assurance de la qualité. C'est ainsi que le bouche à oreille est souvent la seule façon pour un consommateur de savoir qui prodigue les soins de la plus haute qualité et qui fournit peut-être des services de qualité douteuse.

✍ La pénurie de professionnels en réadaptation et l'absence d'une planification des ressources humaines qui tiennent compte des besoins de la gamme complète des services de réadaptation :

L'iniquité croissante des taux de rémunération en vigueur, et plus particulièrement selon qu'il s'agit du volet financé par le secteur public ou par le secteur privé, est un autre signe important de la fragmentation des services de réadaptation. Ce problème soulève deux types de préoccupations . premièrement, que les ressources humaines en réadaptation migreront vers les emplois les mieux rémunérés; deuxièmement, que l'on est en train d'assortir le volet financé par le secteur privé d'une structure coûteuse sans prévoir de mécanismes permettant de freiner cette escalade des coûts.

Recommandations

En formulant ses propositions, l'industrie de l'assurance de dommages a pris soin de ne suggérer une façon détaillée d'«assainir» le système national de soins de santé. Les propositions donnent plutôt suite aux préoccupations que nous avons abordées ici, et qui découlent de l'expérience des assureurs à l'égard des besoins des victimes de blessures.

Toutes nos recommandations procèdent du besoin de se doter de meilleurs outils pour accroître la performance et la reddition de comptes, les résultats en santé, l'utilisation efficiente des ressources et la protection du public dans tous les secteurs du système de soins de santé, et plus particulièrement celui de la réadaptation. Nous voulons également que nos recommandations traduisent notre optimisme à l'effet que le système canadien de soins de santé *peut* changer de manière à refléter le critère de pérennité tout en rehaussant de façon importante la concrétisation des valeurs et des buts que les Canadiens et les Canadiennes recherchent dans leur système de soins de santé.

Recommandation (1)

Lancer une initiative nationale axée sur la prévention des blessures

Les blessures imposent à la société et à l'économie canadiennes un fardeau énorme mais largement évitable. Nous devons faire plus pour prévenir les blessures.

Les assureurs automobiles reconnaissent depuis des années que des véhicules mieux conçus, un réseau routier plus sécuritaire, et la compétence des automobilistes réduiront le nombre d'accidents de la route et la gravité des blessures. L'industrie a appuyé l'installation obligatoire des ceintures de sécurité dans les années 60 et les campagnes contre l'alcool au volant des années 70 et 80, en plus de se faire le champion des initiatives axées sur la sécurité routière et la gradation des permis de conduire dans les années 90. Même si ces initiatives et les efforts complémentaires déployés par d'autres organisations et les gouvernements ont permis de réduire les taux de blessures et de décès attribuables aux accidents de la route au cours des 30 dernières années, le nombre d'accidents de la route causant des blessures reste élevé et se traduit par des coûts élevés au sens le plus large.

Selon de nombreuses études, *la meilleure façon de réduire le coût des blessures consiste à appliquer des programmes de prévention efficaces*. Cette constatation a incité certains pays à adopter les politiques publiques d'envergure. Le Canada doit suivre leur exemple et privilégier en permanence la prévention des blessures. Cet effort doit viser rien de moins que l'instauration d'une *culture de sécurité* que partagent tous les Canadiens, d'un bout à l'autre du pays.

Le leadership du gouvernement fédéral dans la prévention des blessures garantira la portée et l'uniformité nationales de cette initiative de prévention des blessures. Mais il faudra aussi l'engagement à long terme des gouvernements provinciaux, des organismes de sécurité au travail et d'indemnisation des victimes d'accidents du travail, des organismes de santé, des fabricants de biens de consommation et de l'industrie de l'assurance. Il faudra fixer des objectifs de prévention précis et mesurables et publier des rapports annuels faisant état des progrès en regard de ces objectifs. Enfin, il faudra mettre au point des outils, qu'il s'agisse de mesures d'éducation du public, de dispositions législatives ou réglementaires, ou de mécanismes d'incitation ou de dissuasion pour la prévention des blessures, afin de promouvoir la sécurité en tout temps et en tous lieux.

Recommandation (2)

Établir un cadre détaillé pour améliorer la prestation des services de réadaptation et la reddition de comptes à cet égard

Les problèmes de fragmentation, de reddition de comptes déficiente à l'égard de la performance et d'absence d'outils de limitation des coûts dans le secteur de la réadaptation témoignent de la négligence relative des décideurs partout au pays à l'égard de ces services. Il faut que cela cesse avec la mise sur pied de nouveaux mécanismes conçus pour contrôler le secteur de la réadaptation et mieux rendre compte au public de ses résultats en santé, ainsi que de l'utilisation plus efficiente des ressources.

Le BAC recommande d'établir un Conseil de l'efficacité en réadaptation dans chaque province pour regrouper les principaux bailleurs de fonds du secteur de la réadaptation afin de donner suite aux enjeux et aux préoccupations touchant la prestation des services dans chaque province. Nous prévoyons que le mandat de ces conseils englobera les éléments suivants :

- ~~/~~ Articuler une vision pour la réadaptation.
- ~~/~~ Coordonner la collecte uniforme de données provinciales sur la réadaptation suivant un cadre national sur la collecte de données.
- ~~/~~ Échanger de l'information au sujet des tendances de l'utilisation, des pratiques exemplaires et des besoins en recherche.
- ~~/~~ Surveiller les principaux aspects de la performance en réadaptation, y compris la capacité de combler la demande, l'uniformité des normes de soin à l'échelle du système, l'accès, les enjeux pertinents de ressources humaines et les coûts.
- ~~/~~ Cerner les signes d'utilisation inappropriée ou excessive des services de réadaptation et réagir en resserrant l'obligation des fournisseurs et des usagers de rendre compte de l'utilisation des ressources du système.
- ~~/~~ Formuler des stratégies et des outils pour accroître la rentabilité des services de réadaptation.
- ~~/~~ Participer à la planification des soins de santé dans la mesure où cela se répercute sur la réadaptation.

Recommandation (3)

Améliorer la gestion des données sur les soins de santé; à cette fin :

(i) amorcer la collecte de renseignements détaillés sur la réadaptation;

(ii) instaurer un cadre législatif propre à inciter les fournisseurs de soins de santé à échanger des données

La politique actuelle sur la gestion des données en santé mine la possibilité d'améliorer la performance du secteur de la réadaptation à deux égards. Premièrement, l'absence d'une base de données nationale détaillée sur la réadaptation nuit à l'efficacité du contrôle et de la planification visant le secteur. Ensuite, la nature multidisciplinaire des services de réadaptation fait que les fournisseurs de soins doivent absolument avoir accès à l'information pertinente au sujet des patients, sans égard aux distinctions professionnelles et aux silos des organismes de service. Or, dans bien des provinces canadiennes, les lois régissant les renseignements personnels en santé font que cela est difficile.

Diverses initiatives sont en cours afin d'améliorer les assises d'information en réadaptation. L'élaboration d'un formulaire de facturation normalisé par le BAC et la collectivité des professionnels en réadaptation de l'Ontario, avec l'aide de la Commission des services financiers de l'Ontario, constitue un exemple de premier plan, tout comme la décision des organismes canadiens d'indemnisation des victimes d'accidents du travail de collaborer à la normalisation de

la collecte des données sur la base du CIM-10. Il faut également se réjouir de la récente décision de l'ICIS de lancer un système national de rapports sur les patients hospitalisés qui reçoivent des services de réadaptation.

Or, l'intégration de ces projets de collecte de données, si intégration il y a, n'est pas évidente. Il faut une base de données nationale et unique sur la réadaptation pour englober la continuité des services de réadaptation, depuis les soins en milieu hospitalier jusqu'aux soins de longue durée, en passant par les programmes communautaires de traitement.

Au chapitre de l'accès aux renseignements personnels en santé, la réadaptation a ceci de commun avec les autres composantes du système de santé qu'elle requiert des règles permettant à une gamme de professionnels de la santé réglementés d'avoir facilement accès à l'information au sujet des patients. La gestion efficace d'un plan de traitement, sans double emploi inutile des services et dépourvue d'erreurs et d'omissions involontaires, en dépend. Il est donc primordial — et urgent — d'instaurer un cadre législatif qui appuie et facilite ce genre de circulation de l'information pour l'infrastructure d'un régime durable de soins de santé.

Recommandation (4)

Appuyer davantage la recherche empirique sur la réadaptation

L'industrie de l'assurance a été déçue de constater l'absence d'un Institut nationale de recherche en réadaptation parmi les Instituts nationaux de recherche en santé établis en 2000. Il est temps de corriger cette omission en mettant sur pied une organisation nationale ayant pour mandat de mettre en contact et d'appuyer les chercheurs qui ont en commun l'objectif d'améliorer l'efficacité des services de réadaptation. Compte tenu de la grande diversité des praticiens et des cadres de pratique de la réadaptation, la mise au point d'un vaste programme de transfert des connaissances constituera une part importante des activités de cette organisation.

Les ministères provinciaux de la Santé, les organismes d'indemnisation des victimes d'accidents du travail et les assureurs consacrent plus de 3 milliards de dollars par année aux services de réadaptation. À notre avis, l'effort de recherche du Canada axé sur les blessures et la réadaptation devrait être proportionnel à leur contribution au coût total des maladies et des blessures. Au plan économique, il serait justifié d'assortir le soutien de la recherche en réadaptation de cet objectif. Ce serait aussi la meilleure façon de redonner espoir aux milliers de gens pour qui le fardeau d'une blessure fait partie de leur quotidien.

Recommandation (5)

Améliorer les soins de santé primaires en intégrant davantage la prestation des services et en recourant moins au financement par la rémunération à l'acte

Selon la plupart des récentes études sur le système de santé qui font autorité, il y a lieu de revoir en profondeur le système des soins primaire au Canada. Les raisons invoquées ont trait aux objectifs de qualité et de continuité des soins et à l'aveu selon lequel la rémunération à l'acte est un mode imparfait et coûteux de financement des soins de santé. Or, malgré de nombreux appels en faveur de ces réformes, la prestation et le financement des soins primaires n'ont guère évolué. C'est ainsi que, pour les patients et leurs familles, l'un des plus grands défis liés au retour à la santé et à la réadaptation consiste à découvrir comment naviguer à l'intérieur du système. De même, la rémunération à l'acte est toujours le mode de paiement des soins de santé primaires le plus répandu.

La prestation intégrée des soins de santé est un bien meilleur modèle de soin pour les victimes de blessures, dont les besoins en réadaptation peuvent comprendre des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, des médicaments, des soins de longue durée, des soins de santé mentale, etc. Il importe tout autant de profiter du passage de la rémunération à l'acte à d'autres modes de paiement pour intégrer des mécanismes précis de reddition de comptes et de contrôle de la qualité. L'expérience acquise par les assureurs en gestion des réclamations au titre des soins de santé dans un contexte où l'on a presque toujours recours à la rémunération à l'acte témoigne du fait qu'en pareil cas, les balises de ce genre ne présentent pas de lacunes. Il faut que cela change.

Recommandation (6)

Fournir aux consommateurs des renseignements clairs et pertinents sur la performance du système de santé et sur le coût des services de santé qu'ils utilisent eux-mêmes

Les véritables propriétaires du système de soins de santé sont les 30 millions de Canadiens et de Canadiennes. En qualité d'usagers, ils doivent disposer de l'information et des connaissances requises pour faire des choix éclairés quant aux soins de santé dont ils ont besoin. En qualité de dépositaires du système, ils ont besoin de renseignements périodiques exacts au sujet de son coût, de sa capacité et de sa performance.

À l'heure actuelle, la majeure partie de l'information sur la performance du système s'adresse aux décideurs et aux fournisseurs, mais elle est rarement utile aux consommateurs. Ainsi, le programme de bulletins des hôpitaux institué par l'Association des hôpitaux de l'Ontario ne fournit toujours pas aux usagers des données comparatives claires sur l'établissement où un traitement donné est offert avec le plus de succès, ou sur l'incidence et la gravité des erreurs médicales d'un hôpital à l'autre. Par ailleurs, il est probable que peu de Canadiens ont une idée réaliste de leur propre contribution, réelle et potentielle, au coût de l'universalité des soins de santé. S'ils voulaient en savoir plus à ce sujet, ils constateraient que l'information n'est pas disponible, ou est inaccessible.

Les consommateurs devraient recevoir des données précises sur le coût de leur propre utilisation des services de santé¹¹. Ils doivent aussi être beaucoup mieux renseignés qu'à l'heure actuelle au sujet de la performance des fournisseurs de soins de santé financés par le secteur public et par le secteur privé. Les modalités à cet égard devraient être élaborées dans un cadre de coopération dirigé par les ministères fédéral et provinciaux de la Santé. Ce sera important pour obtenir des consommateurs qu'ils s'engagent à faire une utilisation éclairée et responsable du système de soins de santé.

Recommandation (7)

Établir un ratio cible entre le total des dépenses des secteurs public et privé en santé et la taille de l'économie

Le système canadien de santé est notamment un actif économique qui contribue à la compétitivité des biens et des services du Canada. Mais, ici comme à l'étranger, il faut constamment gérer le coût des soins de santé pour éviter qu'il ne fasse obstacle à la poursuite d'autres priorités sociales et économiques.

¹¹ Un sondage national à ce sujet réalisé par le BAC en 2000 témoigne du vaste appui du public à cet égard : 80 % des répondants approuvaient la diffusion de renseignements sur le coût des services de santé payés par leur assureur.

Les dépenses nationales en santé devraient appuyer deux objectifs. D'une part, puisqu'il est une économie ouverte, le Canada doit accepter la discipline qu'exige le maintien du lien entre les dépenses en santé et une croissance économique qui ne déroge pas de l'expérience de nos principaux partenaires commerciaux. D'autre part, l'ampleur des dépenses en santé du pays doit étayer les faits quant aux soins de santé dont la population a besoin et les valeurs essentielles de notre système de santé. Ces deux objectifs peuvent être atteints si les gouvernements fédéral et provinciaux se consultent pour fixer un ratio cible clair entre le total des dépenses publiques et privées en santé et la taille de l'économie.

Les assureurs croient que, si elle est fixée ainsi, cette cible des dépenses nationales en santé aidera à mieux documenter les attentes du public à l'égard du système de santé. Ce sera également un moyen valable d'obtenir des gouvernements fédéral et provinciaux des engagements financiers à plus long terme et de les aider à relever le défi constamment posé par la question de la pérennité.