**Parlons politiques - 075.mp3**

**Edward Greenspon** [00:00:01] Vous écoutez Parlons politiques. Je suis votre hôte, Edward Greenspon, président-directeur général du Forum des politiques publiques et je vous remercie d’être avec nous. Les Canadiens semblent soudain avoir perdu confiance dans notre système de soins de santé, ce système qui faisait autrefois leur fierté et leur joie. La pandémie a fait ressortir nombre de fissures, mais nous a fait voir beaucoup d’héroïsme. Les gens ont de plus en plus de difficulté à voir un médecin, les listes d’attente pour des interventions comme les remplacements de hanche et de genou sont interminables et les unités des soins intensifs semblent à court de ressources. Chacun a à raconter une attente interminable avant qu’on s’occupe de lui à l’urgence et si survient une période de grippe particulièrement virulente, cela ne fait qu’intensifier les tensions. Le Forum des politiques publiques a réuni un groupe d’experts des soins de santé, des réformistes dont nombre sont de l’intérieur, pour chercher à savoir ce qui ne fonctionne pas et, plus important, comment corriger les problèmes. Deux praticiennes membres de ce groupe consultatif sont nos invitées aujourd’hui à Parlons politiques. Nous accueillons la Dre Victoria Lee et la Dre Danielle Martin. La Dre Lee est présidente-directrice générale de Fraser Health, en Colombie-Britannique. Fraser Health est la plus grande administration sanitaire de la province. Avant de devenir PDG, elle était médecin hygiéniste en chef et vice-présidente, Santé de la population. La Dre Lee apporte une perspective nationale et internationale aux questions que nous nous posons. Elle a coopéré avec des organismes nationaux et internationaux, dont le Programme des Nations Unies pour le développement et la Banque mondiale et y a beaucoup œuvré dans les systèmes comparatifs sur les soins de santé. La Dre Martin est présidente du Service de médecine familiale communautaire à l’Université de Toronto, soit la plus grande faculté de médecine familiale du monde. Elle travaille elle‑même comme médecin de famille et son travail clinique va de la médecine familiale globale en régions rurales et éloignées jusqu’aux soins de maternité. Elle a été vice‑présidente des Affaires médicales et des Solutions en matière de systèmes de santé au Women’s College Hospital de Toronto, et est l’auteure d’un ouvrage intitulé « Better Now Six Big Ideas to Improve Health Care for All Canadians ». Bienvenue, Victoria. Bienvenue, Danielle.

**Les deux** [00:02:12] C’est un plaisir d’être ici!

**Edward Greenspon** [00:02:13] Très bien. Commençons d’abord par vous, Danielle, dans l’ordre alphabétique. Il semblerait que les Canadiens commencent subitement à s’interroger sur un système qui, comme je le disais dans mon introduction, faisait depuis longtemps leur fierté et leur joie. Qu’est‑ce qui a mal tourné? Je précise que si quelque chose a peut-être mal tourné, je ne vais pas supposer que ça va mal, mais les Canadiens semblent penser que quelque chose est allé de travers.

**Danielle Martin** [00:02:36] Vous avez raison je crois, les personnes s’interrogent et pas seulement au Canada. Une des choses importantes que nous devrons faire est de prendre un peu de recul et nous demander si le problème est canadien ou s’il s’agit plutôt là d’un phénomène mondial? Nous avons tous vu Macron parler d’une réforme complète du système français de soins de santé. Et pour la première fois de leur histoire, les infirmières et infirmiers du NHS se mettent en grève. Il existe des enjeux de taille. C’est ce que je crois, pour en avoir parlé avec mes collègues du système de santé américain. Nous sommes donc devant une situation d’ampleur mondiale et, évidemment, nous en connaissons une version très canadienne, celle que nous avons connue ces quelques dernières années de pandémie, où nous avons lancé toutes nos ressources dans le système de santé pour tâcher de faire face à la COVID‑19, à son diagnostic, son traitement, sa prévention. Nous devons maintenant, en quelque sorte, « ramasser les morceaux » à un moment où, en même temps, nous assistons à une crise sans précédent en matière de ressources humaines. Donc, si nous avons l’impression que c’est difficile, c’est que ça l’est. Les Canadiens ont bien raison de douter de l’état du système. De plus, cela ne se produit pas uniquement ici. C’est la même chose partout ailleurs. Donc, je ne sais pas si la misère attire la misère, mais chose certaine, elle n’est pas seule.

**Edward Greenspon** [00:03:48] Victoria, j’aimerais que vous nous parliez de ce même aspect, mais peut-être aussi nous dire s’il s’agit d’un changement d’attentes des gens, s’ils reconnaissent quelque chose qu’ils n’avaient pas encore perçu ou si la situation a vraiment changé.

**Victoria Lee** [00:04:03] Je suis d’accord avec ce que disait Danielle. C’est un système de santé, mais avec toutes les répercussions de la pandémie et les réponses, où les gens ont uni leurs efforts; sur la côte Ouest, d’où je viens, nous avons également connu notre lot d’événements météorologiques. Donc, événements météo extrêmes, catastrophes qui s’ajoutent à la pandémie, il y a longtemps que nous sommes en mode d’urgence. En fait, je ne crois pas qu’il y ait quelque part au monde un système de santé qui ait eu à subir ce que nous avons tous connu et n’a pas subi certaines des répercussions que nous avons ressenties. Je pense par contre qu’il y a cet aspect des attentes. À mon avis, il n’y a pas qu’un seul facteur. D’une part, nous avons pu collectivement remettre sur pied le système de santé très rapidement et de façon agile, réunir les services, que ce soit pour tester les vaccins. C’était plus axé sur les patients, les familles : planifier ce qui est offert en ligne et être à même de voir ce que vous avez comme dossiers. Il y a aussi, je crois, les attentes découlant de ce que le public a subi pendant la pandémie, ce dont le système de santé est capable. On constate des attentes du côté des fournisseurs et du côté des systèmes concernant ce que nous pouvons faire en matière de changements, mais c’est plus difficile à gérer s’il y a bien des priorités différentes plutôt qu’une seule priorité. Et je pense aussi à d’autres attentes, c’est-à-dire les personnes qui attendaient de recevoir des services au cours de la pandémie et qui ont bien hâte d’être en tête de liste, qu’il s’agisse de soins de santé primaires, de chirurgies ou de services de diagnostic. Les gens veulent s’occuper de cela maintenant, et passer à autre chose. Il existe donc une disharmonie entre les attentes du public et ce que le système de santé peut offrir compte tenu des difficultés qui affligent le système actuel, sans oublier la crise au niveau des ressources humaines en santé.

**Edward Greenspon** [00:05:50] J’aimerais que vous précisiez un peu ce que vous voulez dire, notre système est plus difficile à gérer parce qu’il est diversifié? À mon avis, tous les systèmes sont différents. À quoi donc faites-vous allusion lorsque vous dites cela?

**Victoria Lee** [00:06:00] Normalement, dans notre système de santé, il y a un certain nombre de priorités auxquelles nous essayons de nous attacher. Au cours de la pandémie, les efforts étaient particulièrement centrés sur servir, répondre, prévenir, traiter les effets de la pandémie dans tout ce que nous faisions, chaque jour, chaque heure était axée sur ces priorités. Habituellement, nous aurions des priorités diversifiées, qu’il s’agisse de soins aux personnes âgées, de soins primaires communautaires, qu’il soit question d’efficacité opérationnelle dans les soins actifs ou de ressources humaines. Tous ces éléments sont imbriqués à la fin de la journée dans le but d’améliorer la santé de la population, d’améliorer notre système de santé sur les plans de la qualité et de la sécurité. Par contre, ce n’est pas aussi orienté et ciblé que si l’ensemble du système de santé, tous les responsables de l’élaboration des politiques, les praticiens, œuvraient sur un domaine spécifique.

**Edward Greenspon** [00:06:46] Danielle, quels seraient, dans vos propres mots, les véritables grands défis auxquels le système doit s’attaquer maintenant?

**Danielle Martin** [00:06:54] Les personnes. Rien ne va plus. Le plus grand défi auquel nous faisons face est que le système n’a pas les ressources humaines permettant de répondre au besoin. Donc, que vous téléphoniez au cabinet de votre médecin de famille et que le téléphone sonne et sonne encore constamment parce qu’on manque de secrétaires médicales pour répondre aux appels, que des gens aient quitté et que d’autres soient en congé de maladie ou ont des enfants malades ou sont à la maison à prendre soin des parents, parce que nous sommes au cœur d’une triple menace de maladies virales en plus de tout, où si vous êtes aux urgences, où il manque habituellement huit, dix, 12, 20 infirmières sur tel ou tel quart ou encore, que vous soyez hospitalisé et que vous vous retrouviez sur une civière, dans un couloir, parce qu’il n’y a pas suffisamment de lits, parce qu’ils n’ont pas pu renvoyer les personnes chez elles parce que nous n’avons pas suffisamment de ressources, nous utilisons les soins à domicile.

**Edward Greenspon** [00:07:45] Qu’est-ce qu’un PAB?

**Danielle Martin** [00:07:46] C’est un proposé aux bénéficiaires. Quelle que soit la dotation en personnel, où que vous soyez dans le système, ce que vous éprouvez, c’est de devoir attendre ou de vous sentir sous pression ou d’avoir l’impression que le système est débordé. Grosso modo, le problème n’est pas du côté de la demande, mais plutôt du côté de l’offre. Nos équipes sont décimées. Nous avons vu que des gens, en très grand nombre, ont pris leur retraite. Ainsi, en médecine familiale seulement, par exemple en Ontario, dans les six premiers mois de la pandémie, nous avons vu le nombre de départs à la retraite doubler chez les médecins de famille. Ainsi, un très grand nombre de personnes ont abandonné leur rôle de fournisseurs de soins de santé. Le résultat est que ceux qui restent sont moins nombreux et doivent abattre la même quantité de travail, ou peut‑être encore plus, car nous faisons tous ce que nous faisions auparavant, en plus de soigner les cas de COVID pour l’avenir prévisible. C’est donc un problème de ressources.

**Edward Greenspon** [00:08:41] Permettez-moi de vous retenir quelques instants et ensuite, je laisserai la parole à Victoria et lui demanderai quel est pour le moment, selon elle, la principale priorité, et qui pourrait aussi avoir des répercussions sur les personnes. Par contre, Danielle, lorsque vous dites que tant de personnes quittent le système, ne serait‑ce pas quelque chose que l’on aurait pu prévoir? Dans quelle mesure est‑ce lié à la pandémie ou dans quelle mesure les choses allaient-elles de toute façon dans ce sens, et étions-nous prêts?

**Danielle Martin** [00:09:04] Je crois que c’est un problème complexe et aux multiples ramifications. Êtes‑vous d’accord? Tout d’abord, nous voyons des gens qui quittent et qui se déplacent dans tous les secteurs de l’économie. À mon sens, il n’est pas si facile, quel que soit l’endroit, de recruter des personnes pour faire un travail. La semaine dernière, je suis allée dans un café, mais il était fermé parce qu’on n’a pas pu trouver de personnel pour tenir la boutique. Nous constatons donc un énorme roulement et brassage de ressources humaines dans tous les secteurs de l’économie. Bien sûr, nous savons que de plus en plus de personnes quittent les soins de santé ou prennent leur retraite du secteur de la santé dans la vague de la pandémie. Nous pouvons vouloir y voir de l’épuisement professionnel ou, bien sûr, choisir d’appeler cela un réaménagement des priorités des gens et nous faisons de plus face à une inflation « massive » à une époque où les salaires du secteur public sont demeurés généralement stables et constants depuis pas mal de temps. C’est la raison pour laquelle, par exemple, nous voyons au Royaume-Uni des infirmières qui se mettent en grève à propos du contrôle des salaires pour le travail qu’elles font. La situation est donc compliquée. Qu’est‑ce qui est prévisible? On peut probablement prévoir qu’en cas d’augmentation massive de la charge de travail, si en plus il s’y ajoute une hausse énorme du stress dans le travail essentiel, dans le contexte d’une crise mondiale en santé publique, de plus en plus de gens pourraient décider de passer à autre chose. Je ne sais pas si la prévisibilité nous est utile, par contre. Je crois que la question est : était‑ce évitable? Je ne sais pas, si ce n’est pour ainsi dire rétrospectivement, à quel point je me sens confiante en faisant des déclarations à ce propos. Je sais par contre qu’à mon avis, il y a des choses que nous pouvons faire dès maintenant pour nous aider à sortir du pétrin. J’espère que nous aurons du temps pour parler un peu de ce sujet.

**Edward Greenspon** [00:10:38] Victoria, voulez-vous choisir une priorité qui, à votre avis, devrait attirer notre attention dès maintenant?

**Victoria Lee** [00:10:43] Oui, merci! Je crois que, dans l’immédiat, la priorité est ce à quoi nous faisons face chaque jour, tant ici qu’ailleurs dans les autres industries, partout, il s’agit de la question du personnel. Je pense vraiment que, dans le domaine de la santé, ce à quoi nous devrons faire face à plus long terme, c’est ce programme de transformation. Je crois que la pandémie nous a donné l’occasion d’en savoir plus sur certaines de nos forces et aussi sur certains des aspects qui posaient des difficultés dans notre système de santé. En fait, la pandémie a mis en évidence nos points forts et nos atouts, de même que les déficits. S’offre maintenant à nous la possibilité de rectifier la trajectoire de notre système de santé. Ce programme de transformation, selon moi, est le sujet sur lequel nous devons sérieusement nous pencher. En tant que Canadiens, que résidents du Canada, que demandons‑nous à notre système de santé? En fait, souvent, ce qui arrive si nous ajoutons plus de personnes à notre système, si nous ajoutons simplement plus de lits dans le système en place, si nous intégrons davantage d’éléments dans notre système, nous n’allons pas recruter ni parvenir à nous sortir des difficultés auxquelles nous faisons face actuellement. C’est pour cette raison que, selon moi, nous devons adopter, à l’échelle nationale et dans une certaine mesure à l’échelle mondiale, la transformation et le programme de changements transformationnels. Au Canada, j’estime qu’il y a des mesures que nous pouvons prendre et qui tirent profit de notre infrastructure actuelle et c’est ce que nous avons appris tout au long de la période de la COVID, ce programme de transformation, et je pense à quel point les gens sont épuisés et fatigués par la pandémie; c’est une époque difficile pour aller de l’avant, pour opter pour ce programme. C’est le contexte dans lequel nous nous trouvons. Mais par contre, je crois que c’est une période intéressante et que l’avenir nous réserve des possibilités à exploiter. D’après ce que nous avons vu, nous pouvons y arriver. Nous pouvons en fait arriver à un point où nous pouvons nous lancer dans certaines transformations que ce soit dans le domaine du numérique, ou celui des personnes, qu’il s’agisse de changements au système ou de changements de politique, j’ai confiance que nous pouvons y parvenir si nous y mettons notre résolution, nos efforts et notre leadership.

**Edward Greenspon** [00:12:51] Bon, c’est ce que vous avez choisi toutes deux, tout comme d’autres personnes d’une tribune‑discussion organisée par le Forum des politiques publiques dans la première partie de notre aperçu; ces discussions touchent le public au moment où nous nous parlons et nous explorerons plus tard plus en profondeur d’autres courants de nos domaines spécifiques. Donc, allons‑y, parlons de transformation. Vous parlez aussi d’éléments qui pourraient être rapidement mis en œuvre. Je suppose donc qu’il existe ici un certain équilibre. Poursuivons et commençons par l’idée qui est au centre même du soutien dans un système centré sur le patient. Danielle, permettez-moi de revenir en arrière et de commencer par vous. Qu’est‑ce que cela signifie? Qu’est‑ce qu’un système centré sur le patient et le nôtre l’est‑il actuellement?

**Danielle Martin** [00:13:33] Je pense que si vous posez la question à la majorité des Canadiens qui ont récemment eu à voir avec le système de santé, ils vous diront souvent : Les personnes avec lesquelles j’ai interagi étaient exceptionnelles. Les Canadiens aiment beaucoup dire que les infirmières et infirmiers faisaient vraiment tous leurs efforts et travaillaient dur, très dur, ou encore, qu’ils aiment vraiment leur médecin de famille ou les membres de l’équipe d’oncologie étaient très gentils, etc., mais ils vous diront ensuite à quel point leur expérience était incohérente ou décousue. Donc, un système centré sur les personnes est celui où il n’est pas trop difficile de se démêler et d’obtenir ce dont on a besoin. En fait, cela commence et se termine par un accès à des soins près du domicile, dans la collectivité, avec un médecin de famille ou une équipe de soins primaires qui vous connaît, qui se soucie de vous, qui vous a accompagné dans le système et peut vous mettre en contact avec quoi que ce soit d’autre dont vous avez besoin en cours de route. Cela signifie pouvoir avoir accès à vos données, les connaître et les apporter avec vous, en fait, ce qui vous attend, ce que vous savez, quels sont vos résultats de laboratoire. Pouvoir avoir une certaine confiance que vos données franchissent les frontières comme il se doit entre les divers membres de l’équipe de soignants. De la sorte, votre médecin de famille sait quand vous avez été hospitalisé ou votre équipe à l’hôpital peut voir qu’on a modifié votre médication et que c’est peut-être pour cette raison que vous vous retrouvez à l’urgence, etc. En fait, au bout de compte, cela signifie une expérience décente des soins. Par expérience décente, je ne pense pas à de l’eau de concombre ou à un massage de pieds; ce que je veux dire, c’est un traitement décent et le sentiment qu’on vous voit comme une personne et que votre expérience a de l’importance. C’est donc quelque chose auquel nous avons le droit de nous attendre. Quelque chose auquel nos patients ont le droit de s’attendre et, jusqu’à maintenant, nous n’avons pas vraiment fait du bon travail en ce sens dans les systèmes de santé du Canada. C’est le créneau qui se présente.

**Edward Greenspon** [00:15:20] Victoria, pourquoi ne pas nous entraîner un peu plus loin, de votre point de vue bien sûr, sur ce que nous devons faire pour un système de santé axé sur le patient, sur les personnes?

**Victoria Lee** [00:15:29] D’accord, la distinction est importante en termes de système axé sur les personnes et le patient, et de mon point de vue, il doit être axé sur les personnes car, quand nous voyons les patients, c’est souvent sous un modèle traditionnel, très paternaliste où vous êtes malade et, par conséquent, nous devons nous soucier de votre état d’esprit qui, parfois, transparaît. Axé sur les personnes, cela va en outre au‑delà du système de santé, jusqu’à ce qu’il serait possible de faire du point de vue prévention? Que pourrions-nous faire pour maintenir les gens en santé, pour qu’ils vivent plus longtemps, pour gérer leur maladie chronique dans la collectivité? Parfois, lorsque nous définissons les personnes en tant que patients, les autres aspects y passent. Donc, j’aime vraiment avant tout l’aspect axé sur les personnes. Je crois aussi que, pour ce qui est des soins connectés et intégrés, ce que nous expérimentons actuellement dans notre système de santé, c’est que cela devient de plus en plus complexe et compliqué. Dans chaque domaine de spécialité, que ce soit en médecine familiale, en chirurgie ou encore dans les sous-spécialités de la médecine, nous recevons tellement de preuves et de nouvelles manières de faire les choses, de nouvelles technologies, qu’il en devient difficile de suivre. La façon de faire face du système de santé est de créer tous ces sous-ensembles de services qui sont censés faciliter la tâche. Par contre, même avec un doctorat, il est parfois difficile de se démêler dans notre système de santé en raison de la façon dont il est construit. Pour moi, la façon de le visualiser est que nous ne savons pas ce qui se cache derrière le mur, lorsque nous branchons nos appareils électroniques dans les prises de courant, mais derrière ce mur, c’est compliqué étant donné les diverses façons dont l’électricité nous parvient. Par contre, nous demandons maintenant aux patients et aux personnes de se débrouiller. Ce que j’aimerais voir, c’est que nous puissions nous débrouiller, que ce soit en médecine familiale ou dans les équipes de soins primaires ou par l’intermédiaire d’un système de santé, car nous avons également besoin de prendre soin des personnes qui n’ont actuellement pas de liens avec les patients. À mon sens, il y a des possibilités d’y parvenir par la technologie, le triage virtuel. Il est possible de relier le système aux dossiers médicaux électroniques, plus cloisonnés et interexploitables que ce que nous voyons maintenant, d’énormes possibilités de responsabiliser les patients et les personnes car, actuellement, nous ne disposons pas des données nécessaires pour vous maintenir en santé et de gérer vos soins dans la collectivité. Je crois que cette possibilité d’un système axé sur les personnes doit être vraiment animée par cet aspect. De quoi les personnes ont-elles besoin pour vivre en santé, vivre dans la collectivité le plus longtemps possible et de la façon la plus autonome possible?

**Edward Greenspon** [00:18:05] J’ai un peu l’impression qu’il y a une certaine contradiction dans ce que vous dites l’une et l’autre, dans ce que vous souhaitez comme système de navigation plus facile, mais vous voulez avoir accès à mes dossiers et je devrai trouver le moyen de passer au travers. Il me semble que nous avons tous connu, pour nous-mêmes peut-être, d’être le défenseur d’une autre personne dans le système. Toute l’idée qu’il faut être un défenseur me semble dès le départ pointer dans la mauvaise direction. Ce que je veux dire, c’est l’illustration d’un échec, c’est ce qu’il me semble. Est‑on plus axé sur les personnes, est‑ce qu’on m’impose davantage de responsabilités lorsque je prends contact avec le système? Danielle, vous semblez prête à saisir le flambeau.

**Danielle Martin** [00:18:46] Vous savez, je connais un grand penseur sur cette question à la Clinique Mayo. Il s’appelle Victor Montori et il a écrit un livre sur la question et sur ce qu’il appelle le travail de prestation des soins et les façons par lesquelles les soins de santé deviennent plus complexes; nous téléchargeons le travail de prestation des soins sur la personne malade qui, en fait, est probablement la moins bien placée pour faire le travail. Donc, Victor Montori parle de « re-télécharger » ces soins dans le système. La façon dont je vois la question, c’est que vous avez probablement raison. À un certain niveau, cela pourrait sembler contradictoire. Nous voulons que les gens sentent qu’ils sont membres de leur équipe, mais ils savent ce qui se passe dans leur cas. Dans l’idéal, j’aimerais que mes patients puissent dire qui que ce soit qu’elles rencontrent, s’ils décident quel est leur diagnostic et les médicaments qu’ils prennent et à quel moment sera probablement leur prochain rendez-vous. Les gens devraient pouvoir obtenir l’information voulue pour se débrouiller de cette manière et s’impliquer autant qu’ils le veulent dans leurs soins. Ceci, par contre, ne signifie pas qu’ils devraient courir de part et d’autre et trouver la solution pour eux-mêmes. Nous avions donc l’habitude de dire dans certaines parties du secteur de la santé et des services sociaux qu’il ne devrait pas y avoir de mauvaise porte. Peu importe la porte à laquelle vous frappiez, vous devriez avoir accès aux services dont vous avez besoin. En fait, non, ça ne va pas. Selon moi, cela mène tout simplement à une prolifération de portes, ce qui ne peut que générer encore plus de confusion pour les personnes. Il ne devrait y avoir qu’une porte, clairement indiquée, à laquelle vous frappez si vous ne vous sentez pas bien, si vous avez une question sur votre santé et, passée cette porte, il devrait avoir une personne qui se soucie de vous, qui peut vous défendre, car tout un chacun a vraiment besoin d’un défenseur dans un système complexe, mais vous ne devriez pas compter en cela sur les membres de votre famille ou sur vous-même. Ce défenseur, ce devrait être votre fournisseur ou votre équipe de fournisseurs de soins primaires et c’est là que se situe et intervient la navigation. Si vous êtes une personne qui veut se soucier de sa tension artérielle sur une application et que vous envoyez un message à votre endocrinologue deux fois par semaine, allez‑y. Si vous n’êtes pas ce genre de personne et que cela semble vous convenir parfaitement, vous ne devriez pas devoir le faire pour être à même d’obtenir les soins dont vous avez besoin pour votre hypertension ou votre diabète.

**Edward Greenspon** [00:20:47] Victoria, en ce qui a trait à la première partie de votre carrière en santé des populations, vous avez dit au cours des délibérations de ce groupe qu’il faudrait que la santé se situe plus en amont. Pourquoi ne pas décrire cela également? Car je pense que vous essayez de nous faire voir des situations où moins de personnes doivent traverser ce Rubicon pour avoir accès au système, n’est‑ce pas?

**Victoria Lee** [00:21:06] Ce dont il s’agit vraiment, c’est de réorienter notre système actuel, qui est fondé sur la maladie, vers un système fondé sur le bien-être et la mesure dans laquelle nous y attachons de la valeur et y investissons, la mesure dans laquelle nous aidons les gens à y adhérer. J’aime la façon dont Danielle a cerné la question de faire partie de l’équipe de soins, en tant que personnes qui peuvent être membres de l’équipe de soins, que ce soit, en amont, un parcours de prévention ou, en aval, un cheminement de gestion d’une maladie chronique, de réadaptation, un choix en matière de chirurgie ou de soins palliatifs. Mais je crois aussi que nous pouvons rassembler davantage de personnes pour faire partie de cette équipe de soins, que ce soit les municipalités, ou encore les écoles ou les entreprises. Donc, lorsque nous devenons véritablement un partenaire, compte tenu de l’impact que nous avons, nous pouvons vraiment faire passer une partie du travail en amont. Cela touche aussi certains des problèmes dont nous avons parlé à propos des personnes. Il y a quelques jours, j’ai discuté avec un des maires, il était question de savoir comment disposer de plus de services pour les aînés dans la collectivité, qu’il s’agisse d’Aquafit, de liens entre les aînés, de liens sociaux, de la Popote roulante, tout cela contribue en fait à aider les personnes à demeurer en santé dans la collectivité. Ce n’est qu’un exemple des mesures que nous pouvons prendre en amont, de façon à n’avoir pas autant d’impact en aval et faire en sorte que notre système de santé soit plus durable. Donc, en allant vraiment en amont, cela fait entrer les déterminants sociaux de la santé, la question de savoir s’il s’agit de politiques saines ou d’environnement climatique. Nous avons observé quelques-unes des conséquences, par exemple celles du logement, tous ces facteurs. Lorsque nous percevons notre système de santé d’une manière durable, non pas simplement du point de vue financier, mais aussi du point de vue de la population, du climat, il est on ne peut plus logique de voir non seulement les joueurs et partenaires les plus importants dans cette équipe de soins, mais aussi la mesure dans laquelle nous pouvons axer en amont les investissements qui auront les impacts les plus profonds en aval. Il existe de modestes exemples d’actions individuelles, de la vaccination aux exemples de plus grande envergure, par exemple les politiques sur le logement et le climat qui, en fait, ont des répercussions sur notre santé et sur celle de la population. Je sais aussi, comme la navigation dans le système de santé, que parfois, c’est cloisonné au lieu d’être connecté, tandis que c’est vraiment cet aspect qui fera qu’une personne sera en meilleure santé et qu’elle coûtera moins cher au système de santé, et que c’est également mieux pour l’environnement. Par exemple, les questions les plus importantes en matière de climat ont des conséquences sur le système de soins actifs, le système qui coûte le plus cher et qui est également le moins souhaitable, car il faut prendre soin des personnes en milieu hospitalier parce que cela exige simplement des soins intenses. Il vaudrait mieux les maintenir en santé le plus longtemps possible dans la collectivité. Tous ces facteurs sont donc interreliés et, selon moi, c’est une autre occasion exceptionnelle qui s’offre, dans notre système de santé canadien, compte tenu de l’infrastructure que nous avons.

**Danielle Martin** [00:24:12] Je peux répondre à cela, Victoria, parce que je suis d’accord avec vous et je crois qu’il y a une raison pour laquelle l’Organisation mondiale de la santé est passée d’un discours de soins axés sur le patient à des soins axés sur les personnes, puis à des soins centrés sur la population et la raison de cela est que nous savons que la santé n’est pas quelque chose qui s’applique isolément aux individus. C’est un bien qui est généré dans les collectivités. Ainsi, lorsque nous parlons de soins centrés sur la personne, c’est très bien pour une personne qui chemine dans le système de santé et qui a telle ou telle maladie. Par contre, les interventions en santé vraiment sérieuses et la réforme du système de soins de santé interviennent dans les collectivités, elles se produisent dans les quartiers, dans les villes et villages où les gens s’unissent pour générer la santé. Donc, réfléchir à cela au niveau des populations, où les données sont vraiment très utiles, est un aspect extrêmement important du discours et, dans les faits, la pandémie nous a fait un cadeau à cet égard. Les Canadiens, je crois, savent maintenant que la santé n’est pas quelque chose qui arrive simplement aux individus, non plus que les maladies, que notre comportement a des répercussions sur notre santé, que les décisions que nous prenons collectivement ont un impact sur notre santé à tous, que nous ne nous soucions que notre santé sans réfléchir à la santé de nos voisins, etc., ce sont là des conversations que je n’aurais jamais pensé avoir à un niveau tel que ce que nous avons vu au cours de la pandémie. Maintenant, qu’allons-nous faire d’eux, alors que nous sommes dans cette nouvelle phase de pandémie et que nous essayons de rassembler les morceaux de ce qui reste du système de soins de santé, soit, selon moi, la partie intéressante de la conversation.

**Edward Greenspon** [00:25:48] À mon avis, c’était une partie du cadeau et peut-être qu’un autre cadeau est que les personnes savent quelle est la valeur des données.

**Victoria Lee** [00:25:54] Tout à fait. Je pense que les données sont la nouvelle monnaie de notre société, en fait, les données et l’attention. Compte tenu de ce qu’est notre système public de santé, nous sommes immensément riches en données. Avant la pandémie, dans les faits, nous sous-utilisions nos données et nous contentions de les économiser en les versant dans un compte d’épargne, sans faire grand-chose avec elles, mais les données existent pour en faire quelque chose. Nous avons vu certaines de ces mesures découlant des données au cours de la pandémie. Ici, l’occasion, de mon point de vue et selon les conversations au groupe de discussion, consiste en fait à responsabiliser les personnes à l’aide des données, à responsabiliser les systèmes au moyen des données, mais il faut s’assurer que les données soient interreliées. Il existe donc en matière de santé des données classiques que nous pouvons recueillir, mais il y a aussi les données que nous pouvons réunir en dehors du système de santé. Par exemple, quelles seraient les conséquences si nous pouvions connecter les données de votre montre Apple aux données de santé que nous avons dans votre dossier personnel et ensuite, utiliser l’intelligence artificielle et l’apprentissage machine pour prévoir votre parcours et nous assurer qu’au lieu qu’il se produise une autre catastrophe dans la gestion de votre diabète, nous puissions vraiment prévoir ce qui arrivera, environ deux ou trois semaines d’avance, pour que vous obteniez ainsi le soutien supplémentaire dont vous avez besoin. Il y a donc des répercussions au niveau des soins individuels, mais aussi des conséquences énormes au niveau des systèmes. Ainsi, par exemple, nous pouvons envisager le jumelage numérique du système de santé pour scruter les données connectées au niveau des populations et au‑delà du système de santé, vers les profils météorologiques avec les données de l’assurance et d’autres renseignements qui, en réalité, établissent le lien non seulement avec des solutions éventuelles dans le système de santé, mais aussi avec les changements de politique et les répercussions que nous pouvons avoir avant d’apporter ces changements. Il me semble en outre que les changements en deviennent plus rationnels, car ils peuvent s’appuyer sur les données, contrairement à maintenant, car, souvent nous rétablissons des prévisions et apportons des changements, mais il est très difficile de revenir en arrière après certains changements ou ajouts au système de santé. Je crois donc qu’il existe pour le Canada une autre grande possibilité, c’est‑à‑dire la façon dont nous fournissons nos services de santé et veillons à vraiment leur donner du pouvoir grâce aux données.

**Edward Greenspon** [00:28:08] Lorsqu’on parle de décisions rationnelles, cela me fait immédiatement penser au rôle du gouvernement dans tout cela, et on continue à discuter. Beaucoup de gens peuvent y voir de la chamaillerie, mais pas entre les gouvernements du palier provincial. Les premiers ministres provinciaux et le gouvernement fédéral discutent énormément d’argent. Donc, dans quelle mesure parle‑t‑on d’un problème d’argent, Danielle?

**Danielle Martin** [00:28:34] J’avais l’habitude de penser ainsi et je disais assez souvent qu’à mon avis, nous n’avions pas besoin de beaucoup d’argent de plus dans le système. Je suis d’accord avec ce que disait plus tôt Victoria et je crois que si nous investissons plus d’argent dans le système actuel, nous aurons le même résultat, plus du même résultat. Par contre, j’estime aussi que les systèmes de santé du Canada sont actuellement dans une situation différente d’il y a une décennie. La pandémie a vraiment prélevé son tribut, un très lourd tribut sur nos systèmes de santé et sur les effectifs qui s’y trouvaient. Il y a toute une série de choses qu’il faut faire, ce qui sera difficile à accomplir en l’absence du moindre investissement. Je suis donc d’avis, pour reprendre les propos de notre bon ami Roy Romanow, que nous devons utiliser le moindre argent frais pour acheter le changement. Lorsqu’il a dit cela, il avait raison, et c’est encore vrai. Le fait qu’il nous a fallu quelques décennies pour tirer cette leçon n’en réduit pas moins l’importance. Je crois donc qu’il faut investir, investir énormément. Je crois que le gouvernement fédéral doit mettre beaucoup d’argent sur la table dans ses pourparlers avec les provinces et territoires. À mon avis, cet argent doit servir à faire avancer certaines des grandes réformes que nous savons nécessaires, car autrement nous risquons, malgré les efforts les meilleurs des dirigeants des provinces et des territoires, efforts dont je ne doute pas, que cet argent soit pompé dans toute une gamme d’éléments dont vous et moi ne verrons pas la couleur en première ligne, en tant qu’utilisateurs du système et, en tant que cliniciens dans le système, nous n’y verrons pas la moindre différence. C’est nécessaire, oui, nous avons besoin d’argent et cet argent doit servir à acheter le changement.

**Edward Greenspon** [00:30:17] Très bien, et peut-être que les gens reviendront au rapport Romanow publié à la fin des années 1990. Victoria, lorsque nous parlons d’argent, cela me fait penser à nombre de rapports où le Canada figure parmi ceux qui dépensent le plus parmi les pays à revenu élevé, pas autant que les États-Unis, bien sûr, mais comparativement à de nombreux pays. Par contre, il me semble que nous n’en récoltons pas les résultats. Quel serait donc le problème? Est‑ce que l’argent est la réponse?

**Victoria Lee** [00:30:41] Je pense que les États-Unis sont certainement un cas à part. Si on en croit le rapport du Commonwealth, les rapports de l’OMS ou les rapports de l’OCDE, quels que soient les rapports que vous choisissiez, les États-Unis sont certainement l’exception si l’on examine les dépenses par habitant et les montants dépensés. Par contre, au Canada, les dépenses combinent la totalité des éléments individuels, car je crois que les gens pensent parfois que notre système public de santé est totalement administré par le secteur public. Mais si l’on tient compte des médicaments, et qu’on ajoute les soins dentaires, la physiothérapie, tous ces éléments combinés, le Canada dépense en fait pas mal comparativement à ses voisins à revenus élevés. Est‑ce que nous en avons pour notre argent? En effet, si l’on se fie au rapport le plus récent du Commonwealth, nous sommes au bas du classement, le dixième sur 11 pays comparés sur les plans de la qualité, de la sécurité et des mesures d’équité, et sur ce plan, j’abonde dans le sens de Danielle, car je ne crois pas que nous ayons à mettre davantage d’argent dans notre système actuel. Cela ne serait pas vraiment utile. Par ailleurs, nous devons infuser de l’argent dans le programme d’innovation et de transformation, car en entrant dans un mode de changement, il nous faudra consentir certains investissements qui permettront de concrétiser l’objectif, veiller à ce que les dollars soient bien utilisés et il serait également utile d’envisager une refonte de la façon dont nous acquérons nos services. Je ne parle pas ici des services cliniques classiques et autres domaines. Ce dont il s’agit, c’est qu’actuellement, nous abordons souvent le problème en ayant déjà la solution à l’esprit et nous achetons ces gadgets que nous imaginons. Je pense, par contre, que là où nous avons de meilleures perspectives, c’est d’acheter des résultats. Ainsi, au lieu de conclure un partenariat pour acheter un gadget, nous nous associerions avec l’industrie, ferions un partenariat avec des programmes internes, en achetant en fait en fonction du résultat. S’il s’agit de veiller à un taux d’occupation de 95 % dans notre système de santé, quelles sont les perspectives numériques transformatrices dont nous pouvons tirer parti pour arriver à ce résultat au lieu de simplement acheter un truc pour cet extrant? L’approche pourrait donc être différente. Par contre, globalement, je crois qu’il faut injecter davantage d’argent dans le système au fil du temps. À mon avis, c’est infuser actuellement de l’argent pour une innovation transformatrice. Nous devons, selon moi, utiliser l’argent différemment dans notre approche et notre façon de travailler dans le domaine des approvisionnements en infrastructure pour atteindre ces résultats.

**Edward Greenspon** [00:33:10] Permettez-moi de poser une dernière question. Nous pourrions tous essayer de faire court, mais c’est vraiment une grande question dans votre rapport, avec vos collègues et avec le Forum des politiques publiques; vous essayez en fait de diverses façons de confier le pouvoir à la personne qui est le patient pour revenir à ce thème avec une sorte de garantie de service. Victoria et ensuite Danielle, dites-nous-en plus en quelques mots et parlez-nous de son importance pour qu’il y ait transformation.

**Victoria Lee** [00:33:40] Je crois que c’est crucial. C’est au centre même de notre programme de transformation. La façon de transformer notre système tourne vraiment autour des personnes et des types de services dont elles ont besoin. Ainsi, est‑ce que c’est défini comme pour l’interprétation actuelle de la *Loi canadienne sur la santé* ou est‑ce différent de la façon dont elle est actuellement interprétée? De la législature jusqu’à la façon dont les services sont structurés, que notre regard porte sur les équipes de soins primaires, que nous nous tournions vers la navigation dans le système de santé assistée par les technologies numériques, que nous examinions les types de données dont les patients, les familles et les personnes ont vraiment besoin, tout doit fondamentalement commencer par ce dont les personnes ont besoin, ce que les résidents du Canada ont besoin et ce qui est logique sur le plan de notre parcours de transformation pour aller de là où nous sommes jusque‑là où l’avenir peut être. Par le passé, je crois que beaucoup de changements étaient axés sur les politiques et les fournisseurs, et pas nécessairement sur les personnes comme véritable centre. J’estime qu’il se présente maintenant une occasion de vraiment changer la façon dont notre système fonctionne et mettre les personnes au centre.

**Edward Greenspon** [00:34:50] C’est presque un droit, Danielle, d’accord?

**Danielle Martin** [00:34:52] Je miserais sur un peu de clarté sur ce à quoi s’attendre, car brièvement, lorsqu’il s’agit de droits, si nous voulons vraiment aborder des questions de droits, alors nous devrions parler non pas de droit aux soins de santé, mais d’un droit à la santé et c’est là un nouveau point de départ. Si nous commençons à parler d’un droit à la santé, il ne s’agit plus de soins de santé. Nous parlons plutôt de revenu et de services sociaux et d’éducation et de toutes sortes d’autres éléments. Je crois que le principe qui doit être clair pour les personnes est de savoir ce qu’elles attendent que le système leur offre, elles doivent savoir où s’adresser pour obtenir ce dont elles ont besoin et elles doivent avoir des réponses claires à leurs questions sur la façon de traverser un épisode de soins dans le système de santé. Cela me semble plutôt essentiel, voire fondamental. Oui, je crois que cela remet le pouvoir entre les mains des utilisateurs du système, comme il se doit. Si nous parlons en termes de garantie de service ou autre chose, le risque est qu’il peut parfois nous arriver de nous perdre dans des sortes de conversations faciles sur ce qui peut arriver, par exemple si on peut obtenir le remplacement d’un genou en 82 jours au lieu de 89 jours, quel est alors votre recours? Et intentez-vous des poursuites au gouvernement ou quoi? Je ne crois pas que ce soit le point à discuter. Selon moi, le point est que les personnes doivent pouvoir savoir à quoi s’attendre lorsqu’elles interagissent avec le système. Elles doivent vivre de bonnes expériences du système et suivre un parcours clair lorsqu’elles viennent en contact avec le système. Il reste à savoir si nous appelons cela une garantie de service ou plutôt une attente que la cause soit moins importante.

**Edward Greenspon** [00:36:27] Un dernier mot à vous, Victoria.

**Victoria Lee** [00:36:28] Je voulais donner un exemple de l’Alaska, les patients s’appelaient des propriétaires clients. Au Canada, en tant que contribuables, les personnes sont propriétaires du système. Exactement comme on l’a dit, les personnes doivent définir quelles sont les attentes, quels sont les livrables et quels sont les aspects dont nous sommes responsables. Et elles doivent pouvoir être au centre même du système de santé pour que celui‑ci soit durable.

**Edward Greenspon** [00:36:51] Et cela change l’équilibre du pouvoir dans le système, évidemment. Je veux vous remercier toutes deux, Danielle Martin, Victoria Lee, je veux vous remercier de votre participation à cette tribune et du maintien de cette participation, tandis que nous creusons un peu plus certaines des questions que vous avez soulevées. Mais surtout, vous savez, vous, dans le système, vous avez travaillé très dur, depuis plusieurs années. Je crois que, malgré les difficultés que nous avons connues, les Canadiens apprécient le dur travail, le travail extraordinaire que vous avez accompli. Par contre, d’une façon ou d’une autre, vous avez réussi à ne pas vous faire engloutir dans le statu quo. Vous êtes toutes deux soucieuses de réforme et vous serez les transporteurs du changement. Je crois que les Canadiens impriment des changements et qu’ils veulent savoir comment les choses se présenteront. Merci de nous aider à peindre le tableau.

**Danielle Martin** [00:37:38] Merci et mes remerciements au Forum des politiques publiques.

**Victoria Lee** [00:37:40] Oui, merci de nous avoir invitées.

**Edward Greenspon** [00:37:43] À ce stade du balado, nous souhaitons saluer nos membres avant de terminer. Cette semaine, nous voulons dire à quel point le #FPP est fier de la Fondation Ivey qui distribue une dotation de 100 millions de dollars au cours des cinq prochaines années à des organismes qui appuient la transition du Canada vers une économie à faibles émissions de carbone. Donc, la Fondation Ivey a pris cette décision pour souligner son 75e anniversaire il y a un mois environ. Nous sommes fiers que la Fondation Ivey, qui est membre du FPP et qui donne son appui à des initiatives qui visent à contrer les changements climatiques, par exemple le Forum du futur énergétique du FPP, et nous reconnaissons le rôle important que la philanthropie peut jouer lorsqu’il s’agit du climat et de la transition énergétique du Canada. La Fondation Ivey, faut‑il le dire, est un bâtisseur d’institutions, un meneur dans la création de diverses organisations qui seront à l’œuvre et feront du bon travail longtemps après que l’argent aura été utilisé.

**Edward Greenspon** [00:38:37] Avant de terminer ce balado, je veux vous demander de partager cet épisode dans votre réseau. N’hésitez pas à nous communiquer un compte rendu de la plateforme de balado de votre choix. Jetez un coup d’œil au rapport sur les soins de santé auxquels Danielle et Victoria ont travaillé et trouvez un moyen de participer à cette conversation sur un volet aussi important de notre vie et de celle de notre pays. Je veux adresser mes remerciements à mes collègues du Forum des politiques publiques qui ont rendu ce balado possible. Ici Edward Greenspon, c’était Parlons politiques.