

Concrétiser les promesses du régime d'assurance-maladie

Danielle Martin MD CCFP MPubPol

Parmi les nombreux rôles que nous jouons en tant que médecins de famille, on retrouve celui d'agent du changement dans le système de santé.* Ce rôle consiste à passer de ce que Ian McWhinney appelait le *territoire*, où nous évoluons avec nos patients, au niveau de la *carte*, où résident les concepteurs du système.¹

Notre rôle au sein du territoire est très important : c'est merveilleux ce que l'on peut faire pour la santé de nos collectivités, si la carte est exacte. Pour ma part, j'ai toujours cru que nous étions uniquement placés pour provoquer le changement dans le système, et ce, pour deux importantes raisons.

D'abord, nous comprenons les données probantes. Les tableaux et les graphiques ne nous font pas peur. Tout comme nous pouvons procéder à une analyse critique des données probantes pour ou contre les tests de dépistage appelés *dosage de l'antigène prostatique spécifique*, nous pouvons comprendre si les processus d'admission centralisés pour les listes d'attente fonctionnent vraiment. Mais ce n'est pas tout. En tant que cliniciens de première ligne, les médecins de famille sont les témoins de l'impact humain des gros problèmes sur nos patients au quotidien. Nous comprenons pourquoi les promesses du régime d'assurance maladie sont importantes pour le reste de la population. Nous pouvons agir comme traducteurs entre le territoire et la carte.

J'aimerais présenter les façons dont nous, en tant que médecins de famille, et Canadiens et Canadiennes, pouvons respecter la promesse de la carte du programme social de prédilection des Canadiens : l'assurance-maladie.

Qu'est-ce que la promesse de l'assurance-maladie? La réponse la plus évidente est qu'il s'agit de la promesse de respecter nos valeurs, particulièrement l'égalité d'accès aux services de soins de santé. Autrement dit, les Canadiens et Canadiennes croient que l'accès aux soins devrait être basé sur le besoin plutôt que sur la capacité de payer.

Or, l'assurance maladie nous unit de plusieurs façons autres que la simple prestation : elle renforce notre économie; améliore notre stabilité sociale et nous offre un exemple de ce que représente notre nation. Selon *Médecins canadiens pour le régime public*, d'un océan à l'autre, elle est perçue comme « l'expression la plus élevée des Canadiens se soutenant l'un l'autre. »²

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the February 2015 issue on page 111.

Pour moi, voici la double promesse de l'assurance-maladie : offrir des services accessibles de haute qualité de façon équitable et nous donner ce dont on peut être fier.

D'où la nécessité de songer, non seulement à améliorer de la prestation de services de santé — ce qui n'est pas facile —, mais aussi à ce qu'il faut pour donner à un programme social ce statut emblématique, lorsque l'on pense à améliorer le régime public d'assurance-maladie.

La barre est très élevée. Mais si nous optons pour des améliorations ancrées dans nos valeurs, qui s'appuient sur les meilleures données probantes, je crois qu'il est possible de relever ce défi. Je souhaite donc vous présenter trois grandes idées qui nous aideront à tenir cette double promesse et à réfléchir sur la façon dont nous — médecins de famille — pouvons aider à les promouvoir.

Dresser le bilan

Avant de parler des grandes idées, dressons le bilan. Regardons d'abord les trois dimensions critiques du régime canadien d'assurance-maladie — les coûts, la qualité et l'accès — en soulevant les grandes réalités qui encadrent ce que nous devons faire.

Les coûts. Au Canada, nous dépensons beaucoup d'argent sur les soins de santé, comme tous les autres pays développés. En 2013, nous avons dépensé 11,2 % de notre produit intérieur brut sur les services de soins de santé,³ ce qui nous place sur un pied d'égalité avec les autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), voire dans le premier tiers.

Toutefois, contrairement à la plupart de nos pays de comparaison, la proportion des dépenses de sources publiques se situe au bas de la liste. Pour chaque dollar dépensé sur les soins de santé au Canada, 70 cents proviennent de fonds publics, alors que ce chiffre se situe à 77 et 86 pour la France et la Norvège respectivement.³

Nous dépensons des montants considérables sur l'assurance privée, ou nous payons nous même les services qui ne sont pas couverts par le régime public, comme les médicaments sur ordonnance et les soins dentaires — et ces chiffres augmentent.

*Ce commentaire est tiré du discours d'ouverture prononcé au Forum en médecine familiale à Québec (Québec) le 14 novembre 2014, par D^{re} Martin, récipiendaire du Prix de la conférence CMFC/Banque Scotia.

Qualité. Les montants versés ne seraient pas si importants si nous obtenions une bonne valeur. Nos résultats sur bon nombre des mesures de la qualité de la santé et des soins de santé sont raisonnablement favorables. Par exemple, les Canadiens déclarent des taux de satisfaction très élevés à l'égard de la qualité de nos soins de santé (76 % attribuent une cote de « bons » ou « très bons » aux soins de santé que reçoivent nos familles).⁴

Les questions en matière de santé renforcent cette perception. L'espérance de vie du Canadien moyen est de 81 ans, soit un an de plus que la moyenne de l'OCDE et les taux de mortalité infantile sont inférieurs à la moyenne. Nous occupons le quatrième rang parmi seize pays pairs pour la mortalité due aux maladies cardiovasculaires — principale cause de décès au Canada.⁵

Cette situation est impressionnante; toutefois, on peut améliorer la qualité dans certains domaines. L'an dernier, les résultats d'un sondage auprès de onze pays mené par le Fonds du Commonwealth placent le Canada en avant-dernière place quant à l'ensemble de la santé ainsi que pour la performance en soins primaires.⁶

Cette piètre performance s'explique, entre autres, par le manque de coordination. Trop souvent, les Canadiens malades reçoivent des soins hospitaliers de différents professionnels qui ne communiquent pas entre eux. Ajoutons également qu'environ la moitié des Canadiens les plus malades ont déclaré que leur plus récente visite aux services d'urgence aurait pu avoir lieu à leur point de soins habituel s'ils y avaient eu accès. De quoi réfléchir en tant que fournisseurs de soins de première ligne.

Accès. Bien sûr, la controverse entourant le régime public d'assurance-maladie au Canada n'est pas une question de qualité : c'est plutôt une question d'accès. Notre système fait un travail remarquable auprès de patients gravement malades. Bon nombre d'entre nous sommes prêts à attendre dans un système où tous ont accès. Toutefois, en tant que médecins de famille, nous voyons quotidiennement des patients qui attendent — pour un rendez-vous avec un spécialiste, pour un test diagnostique d'imagerie, pour une chirurgie et même pour nous voir.

Bref, quand on considère les coûts, la qualité et l'accès, les preuves sont claires : bien que nous ayons de quoi être fiers, il y a beaucoup de travail à faire.

Grandes idées

Lorsque j'examine les politiques, je perçois trois grandes idées qui serviraient vraiment à hausser la barre en matière de santé de la population canadienne au cours de la prochaine décennie et nous aideraient à relever les défis liés aux coûts, à la qualité et à l'accès. Ce ne sont pas mes propres idées. Mais elles sont bien formulées et basées sur des données probantes. À mon avis, elles répondent aux principaux tests pour concrétiser les

promesses de l'assurance-maladie. Elles amélioreraient l'équité des résultats de la santé. Elles sont dignes d'un programme emblématique. Elles ont la possibilité d'emballer la population sur ce que signifie être *Canadien*.

Avec beaucoup de gratitude envers ces esprits novateurs qui continuent de développer des façons d'améliorer notre système, je souhaite dédier ces trois grandes idées à trois patients car je crois qu'il est important de ne pas oublier pour qui nous travaillons.

1. Vingt médicaments pour sauver une nation. Je suis désolée de dire que nous ne sommes pas obligés de regarder au sud de notre frontière pour trouver des soins de santé inéquitables, coûteux et inefficaces. Une évaluation franche de l'approche canadienne au paiement des médicaments d'ordonnance illustre une situation plutôt minable.

Lorsque le régime public d'assurance maladie a été créé dans les années 1950 et 1960, la majeure partie des soins de santé était fournie par des médecins et dans des hôpitaux. Or, notre système de soins de santé public couvrirait tous les coûts des médicaments, car, à l'époque, les médicaments étaient surtout offerts par l'intermédiaire et dans des hôpitaux.

Aujourd'hui, nos systèmes se transforment rapidement pour répondre aux besoins d'une population vieillissante qui vit plus longtemps avec des maladies chroniques. Le traitement de plusieurs maladies chroniques repose sur les médicaments d'ordonnance.

Le Canada est le seul pays développé avec une assurance-maladie universelle qui ne comprend pas les médicaments d'ordonnance. Aujourd'hui, notre couverture de médicaments est gérée par l'intermédiaire d'un ensemble incohérent de payeurs privés et publics, souvent contradictoires et pas forcément dans les intérêts du patient.

Cet ensemble a donné naissance à d'importantes inégalités régionales : une patiente souffrant d'insuffisance cardiaque congestive pourrait devoir payer elle-même les coûts de médicaments d'ordonnance allant de 74 \$ à 1332 \$ selon la province où elle habite — ou rien si elle a une bonne couverture d'assurance privée.

Ajoutons également que cette situation s'est traduite en inégalités de revenus. C'est déplorable qu'un Canadien sur dix ne remplisse pas ses ordonnances ou ne prenne pas ses médicaments simplement parce qu'il ne peut pas se les payer.⁷ Vous et moi connaissons ces patients très bien, car nous les voyons tous les jours.

Par conséquent, je dédie la première idée à un de mes patients de longue date, un patient que nous appellerons Ahmed. Ahmed est chauffeur de taxi originaire du Sud de l'Asie. Il habite le centre-ville de Toronto (Ontario) avec sa conjointe et ses trois merveilleux enfants. Il passe de longues heures au volant, bien qu'il ait fait des études universitaires et qu'il maîtrise bien l'anglais.

Comme beaucoup de chauffeurs de taxi, son patrimoine génétique et son emploi sédentaire l'ont prédisposé aux problèmes de santé dont il souffre actuellement : le diabète, l'hypertension et la dyslipidémie. Même si lui et sa conjointe sont très prudents, il ne peut tout simplement pas faire vivre sa famille et payer pour les médicaments dont il a besoin. Ajoutons que même s'il pouvait payer la franchise pour le régime d'assurance médicaments catastrophique de l'Ontario, il ne réussit pas à s'y retrouver.

Bref, parfois je ne le vois pas pendant de longues périodes; lorsque ceci se produit, je sais qu'il ne prend pas ses médicaments et qu'il ne veut pas me décevoir. Je m'inquiète pour lui, des complications qu'il pourrait subir dans les prochaines décennies, dont des affections dévastatrices comme les maladies coronariennes, la déficience visuelle et l'insuffisance rénale, parce qu'il ne peut pas nourrir sa famille et se procurer les médicaments dont il a besoin.

La façon la plus évidente de corriger le problème serait d'offrir nos régimes publics d'assurance médicaments à toute la population tout comme les services des médecins et les soins hospitaliers. Si l'on ne peut pas mobiliser la volonté politique requise pour couvrir tous les médicaments sur ordonnance, pourquoi ne pas se concentrer sur ceux qui auraient le plus grand impact?

Choisissons vingt médicaments—ou 50, ou 100—communément utilisés pour maîtriser les maladies chroniques comme l'asthme, le diabète et l'hypertension. Si nous pouvions nous entendre à l'échelle nationale pour offrir une couverture publique pour ces médicaments, tous — y compris Ahmed — y auraient accès.

Qui plus est, en procédant ainsi, nous dépenserions moins de deniers publics que nous le faisons actuellement, pour les deux raisons suivantes :

D'abord, vous ne savez peut-être pas qu'au Canada, nous payons beaucoup plus qu'un bon nombre d'autres systèmes de santé pour les médicaments, particulièrement les médicaments génériques. Si nous pouvions négocier des prix semblables à ceux des autres pays développés, les coûts de vingt médicaments seraient couverts avec nos budgets publics actuels.

Citons l'exemple de l'Ontario. Nous payons actuellement 31 cents pour un comprimé d'atorvastatine. En Nouvelle-Zélande, le même comprimé se vend 2,6 cents. Le prix de 10 mg de ramipril est de 19 cents ici, comparativement à 6 cents dans le régime public du *Veterans Health Administration* aux É.-U.⁸

Si nous marchandions plus efficacement, les coûts des médicaments que nous achetons déjà — comme ceux que plusieurs provinces achètent pour les aînés — diminueraient. Deuxièmement, d'autres systèmes réalisent d'importantes économies en achetant leurs médicaments d'ordonnance à grande échelle. Tout comme il est plus préférable d'acheter le papier hygiénique

en gros, plutôt que deux rouleaux à la fois, il est plus préférable d'acheter nos médicaments en commun. Si l'on compte nos régimes publics et privés, nous avons des douzaines d'acheteurs au Canada. Nous obtiendrions de meilleurs résultats si nous n'en avions qu'un seul.

Nous devons expliquer très clairement à nos élus que nous voulons que cette question devienne une grande priorité. Si, en tant que médecins de famille canadiens, nous appuyons collectivement un mouvement pour une assurance médicaments nationale, même pour 20 médicaments, nous aurions une grande influence.

2. Faire plus avec moins. Nos élus peuvent réformer notre régime d'assurance publique afin d'ajouter les médicaments. Toutefois, en tant que professionnels de la santé de première ligne, nous devons mettre l'épaule à la roue pour réaliser la deuxième idée, que j'ai appelé *faire plus avec moins*.

Faire plus avec moins consiste à améliorer l'accès en réduisant les files d'attente pour les soins de santé en réorganisant la façon dont les services sont offerts. Il ne s'agit pas d'une politique qui peut être mise en œuvre en passant une loi. Ce concept représente un changement dans notre façon de penser, en délaissant la présomption que nos défis disparaîtraient avec *plus — plus* d'argent dans le système, *plus* de médecins, *plus* d'analyses et d'interventions. Cette approche mine le système de santé depuis trop longtemps.

À la place, nous devons prendre les ressources dont nous disposons et les utiliser plus judicieusement. Autrement dit, lorsque nous faisons face à des problèmes d'accès, n'essayons pas immédiatement de former plus de médecins et d'acheter plus de scanners. Nous devrions plutôt nous poser deux questions judicieuses :

- Les patients sur la liste d'attente bénéficieront-ils tous de cette intervention?
- Où se situe l'engorgement et pouvons-nous mieux organiser les soins afin d'améliorer le cheminement de nos patients dans le système sans accroître les coûts?

En tant que fournisseurs de soins de première ligne, nous devons tous nous demander si une telle analyse ou tel un traitement est actuellement bénéfique pour le patient. Pour illustrer ce principe, je vous propose d'examiner le cas de Samuel, qui est soigné par un collègue cardiologue. Samuel est un homme dans la soixantaine qui était en parfaite santé. Il ne fumait pas, ne buvait pas et ne prenait pas de médicaments. En fait, il était un athlète compétitif classé à l'échelle mondiale. Son programme d'avantages sociaux de son employeur, une firme convoitée du centre-ville de Toronto, lui donnait droit à un bilan annuel dans une clinique privée.

Lors d'un de ces bilans, malgré le fait qu'il se sentait parfaitement bien, on lui a fait passer un test d'effort

à l'exercice, juste « au cas où ». On a identifié d'éventuelles anomalies. Il a passé une angiographie. Heureusement, les résultats ont révélé que Samuel ne souffrait pas de maladie coronarienne. Mais avant même d'obtenir le diagnostic, Samuel a subi un AVC, une complication connue de l'intervention qui survient dans un cas sur 1 000. Cet athlète en santé ne pratiquera plus jamais son sport, car un côté de son corps est maintenant paralysé — une conséquence directe d'une intervention complètement inutile et inappropriée.

Lorsque je raconte l'histoire de Samuel à des amis ou à des proches à l'extérieur de la profession médicale, je constate qu'ils se demandent « s'ils auraient pu trouver quelque chose » et si les risques n'en valent pas la peine si l'on avait découvert un cancer ou une maladie du cœur. C'est exactement le but. Nous devons arrêter de penser uniquement en termes d'avantages et commencer à parler de torts. En tant que médecins de famille, nous avons un énorme rôle à jouer au sein de ce dialogue.

Des millions de Canadiens et Canadiennes souffrent chaque année des conséquences d'analyses et d'ordonnances inappropriées, inutiles, voire nocives. Et bon nombre de ces analyses et ordonnances sont autorisées d'un trait de crayon ou d'un clic par des médecins de famille bien intentionnés, comme nous.

Ceci explique pourquoi de nombreux médecins au Canada, dont des médecins de famille, ont emboîté le pas à leurs collègues aux États-Unis pour lancer une initiative nationale appelée *Choisir avec soin*. Dans le cadre de cette campagne, nos associations de médecins spécialistes nationales ont créé une liste des 5 choses les plus importantes que les médecins et les patients devraient remettre en question. *Choisir avec soin* est une initiative prometteuse et d'autres groupes commencent à aborder ce même thème.

Mammographie de dépistage chez les jeunes femmes, antigène prostatique spécifique chez les hommes à faible risque, médicaments qui répondent aux critères de Beers pour les personnes âgées. En tant que profession, nous devons reconnaître que même de bons tests et de bons médicaments, lorsqu'ils sont administrés aux mauvaises personnes ou aux mauvais intervalles, peuvent causer des dommages. Nous devons commencer à appréhender un changement de culture qui ne rejette pas la responsabilité aux patients qui font leurs propres recherches sur Internet puis réclament un test ou une intervention quelconque. Nous devons plutôt reconnaître les nombreuses raisons complexes qui sous-tendent nos choix quotidiens et nous portent à cocher une case ou à prescrire un antibiotique.

La deuxième question à poser pour faire plus avec moins s'articule autour des engorgements et la possibilité de raccourcir les listes d'attente en utilisant des approches novatrices. Que veut-on dire exactement?

Nous faisons plus avec moins lorsque nous gérons nos pratiques différemment afin de donner aux patients l'accès dont ils ont besoin sans pour autant sacrifier la qualité.

Aujourd'hui, seulement 47 % des médecins de famille canadiens déclarent que leurs patients obtiennent un rendez-vous le jour même ou le lendemain.⁹ Mais nous sommes de plus en plus nombreux à adopter des approches comme la pratique en accès adapté, les visites de groupe, les visites par téléphone ou par courriel et, bien sûr, le travail en équipe avec d'autres professionnels de la santé afin d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins pour nos patients.

N'oublions pas que les innovations requises ne s'appuient pas forcément sur la haute technologie et ne sont pas toujours sophistiquées. Parfois, elles n'exigent pas plus de choses. Elles peuvent être aussi simples qu'un seul numéro de téléphone là où il y en avait plusieurs, ou un meilleur usage des équipes de sorte que les chirurgiens ne représentent plus le facteur limitant l'accès aux soins. En tant que médecins de famille, nous pouvons apporter des changements dans nos pratiques afin d'aider le système à faire plus avec moins. Chacun de nous peut commencer dès aujourd'hui.

3. Revenu de base. Ceci m'amène à ma dernière grande idée, et à une patiente que j'appellerai Louise. Louise souffre d'asthme grave. Elle utilise plusieurs inhalateurs, a pris de la prednisone à plusieurs reprises, consulte plusieurs spécialistes et a dû se rendre au service d'urgence de sa région à maintes reprises.

Son asthme s'est manifesté lorsque le logement social où elle habitait a été inondé. Des moisissures se sont développées dans les murs de l'immeuble et la santé de Louise a commencé à se détériorer. Elle a pris des photos et les a montrées au propriétaire. Ses médecins, moi incluse, ont écrit des lettres d'appui les suppliant de lui trouver un autre appartement dans un autre immeuble.

Elle — et nous — avons dû attendre deux ans avant d'obtenir une réponse. Pendant cette période, sa santé physique et mentale s'est détériorée. Elle est devenue déprimée. Son couple s'est rompu. Elle a été incapable de garder un emploi régulier. Elle a pris du poids et sa TA s'est aggravée, car ses problèmes pulmonaires l'empêchaient de faire de l'exercice.

Comme mon collègue, le Dr Ryan Meili, disait : Louise ne souffrait pas de l'asthme. Elle souffrait de pauvreté. Elle était malade en raison du manque d'accès à un logement approprié, à une alimentation saine et à la dignité humaine qui accompagne la capacité de faire les choix que nous voulons tous faire afin de rester en santé.

Cette troisième idée repose sur une proposition que l'on peut expliquer sans même passer par les soins de santé. Cependant, agir contribuerait plus à la santé que toute politique que nous pourrions appuyer.

Depuis des décennies, les études démontrent que, bien que les soins de santé soient importants, les déterminants sociaux de la santé, comme ceux qui ont causé la maladie de Louise, ont beaucoup plus d'effet sur les résultats les plus significatifs.

Les Canadiens et Canadiennes à faible revenu décèdent plus jeunes et souffrent de plus de maladies que ceux et celles avec un salaire plus élevé, peu importe l'âge, le sexe, la race et le lieu de résidence. Ce n'est pas étonnant que le Dr Gary Bloch, de l'hôpital St Michael's à Toronto, cite souvent un patient qui lui a dit : « Docteur, si vous voulez me guérir, donnez-moi plus d'argent ».

Voilà la troisième idée : un revenu de base suffisant pour offrir à la population canadienne un niveau de vie adéquat.

Le revenu de base est une approche bien développée à la réduction de la pauvreté en utilisant le système d'imposition. Elle est très simple. Tous les ans, nous soumettons notre déclaration de revenus. Si votre revenu est inférieur à un certain seuil, on vous indemnise jusqu'au montant requis pour subvenir à vos besoins de base. Il s'agit d'une mesure de rechange au système d'assistance sociale actuel très coûteux et très lourd, qui éliminerait pratiquement la pauvreté au Canada.

Comme l'a souligné le sénateur Hugh Segal, ce n'est pas une politique radicale. En 1975, en Ontario, le taux de pauvreté chez les aînés s'établissait à 35 %, la plupart étant des femmes. Le gouvernement Davis a mis sur pied un programme de revenus basés sur l'impôt pour les aînés, qui a été adopté d'un bout à l'autre du pays et qui est à la base du Programme de la sécurité de la vieillesse. En trois ans, le taux de pauvreté chez les aînés est passé de 35 % à 3 %.¹⁰ De notre vivant, on compte très peu de politiques sociales qui ont eu un effet de cette envergure.

On dispose également de données probantes indiquant qu'une politique entourant le revenu de base pour la population améliore la santé. Citons l'exemple de Dauphin (Manitoba) dans les années 1970, où le versement d'un supplément de revenu à tous les résidents admissibles d'une petite ville a réduit le taux d'hospitalisation, particulièrement des patients souffrant de maladies mentales ou admis à la suite d'un accident ou de blessures.¹¹

Le succès du programme ne repose pas uniquement sur l'argent qui est versé, mais aussi sur la sécurité que ressentent les familles qui n'ont jamais touché de prestations, mais qui savent que si elles en ont de besoin, elles ne perdraient pas tout. Cette sécurité a des effets positifs sur la santé de toute la collectivité.

Soulignons que le revenu de base se rapproche beaucoup de l'assurance-maladie publique ou de toute police d'assurance : tous contribuent. Nous souhaitons tous ne jamais l'utiliser. Mais dans l'éventualité où nous en aurions besoin, nous n'avons pas à nous soumettre

à un processus humiliant afin de démontrer notre admissibilité pour pouvoir payer nos médicaments ou nourrir nos enfants.

Les mêmes principes qui nous ont poussés à créer l'assurance-maladie universelle sous-tendent le revenu de base : la simplicité administrative; la mise en commun du risque et le principe que l'accès à certains éléments de base devrait être automatique — un droit de citoyenneté, plutôt qu'un acte de charité.

Étant donné que l'expérience manitobaine date d'environ quarante ans, plusieurs experts ont proposé de mettre en place une série de projets pilotes d'un bout à l'autre du pays afin de déterminer comment concevoir un programme qui répond à la réalité du XXI^e siècle.

Je suis convaincue que chacun de vous a une patiente comme Louise, une patiente pour qui le système de santé à lui seul ne répond pas aux besoins. Je crois que collectivement, les médecins de famille devraient appuyer une évaluation rigoureuse du revenu de base en tant qu'intervention dans la santé.

Élargir sa façon de penser

Chacun de vous avez probablement une opinion sur la façon d'améliorer la santé de nos patients. Il existe des centaines de bonnes idées semblables aux trois que j'ai relevées. Cela dit, je suis convaincue que le choix d'une solution plutôt que d'une autre devrait reposer sur les propos que j'ai énoncés au départ, à savoir que les solutions devraient renforcer l'équité et qu'elles devraient être dignes de l'énorme importance que nous accordons à notre programme social le plus cher.


Lorsque nous commençons à concevoir ces solutions, nous devons procéder sans réserve, selon les meilleures données probantes disponibles, en consacrant notre temps, notre énergie et nos ressources à l'étude des effets de nos interventions sur le système de santé afin de déterminer si elles fonctionnent véritablement.

En tant que médecins de famille, nous avons l'habitude de promouvoir les intérêts de nos patients. Notre relation avec les patients au fil du temps nous permet de nous exprimer sur les facteurs complexes qui ont un impact sur leur santé; notre position en tant que « famille médicale » nous permet également de faire avancer leurs intérêts au sein du système de santé. Je vous implore d'élargir votre façon de penser.

Il est trop facile de percevoir le système de santé comme une réalité fixe hors de notre contrôle, ou comme quelque chose contre lequel nous devons défendre nos patients, plutôt que de s'y impliquer pour le bien commun.

Nous sommes tous outillés pour assimiler les données probantes et comprendre le côté humain des politiques sur la santé. Nous sommes donc bien placés pour provoquer des changements. Sortez des coulisses. Vingt

médicaments pour sauver une nation. Faire plus avec moins. Revenu de base. Si nous commençons à mettre en œuvre ces trois éléments, nous verrons d'importantes améliorations dans la santé des Canadiens et Canadiennes comme Ahmed, Samuel et Louise, comme vous et moi.

Nous devons poser des gestes dignes de l'assurance-maladie. Mettons l'épaule à la roue. Nous avons une promesse à tenir. 

D^{re} Martin est médecin de famille et vice-présidente, Affaires médicales et solutions pour le système de santé à l'hôpital Women's College à Toronto (Ontario) et professeur adjointe au Département de médecine familiale et communautaire et au Département des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé à l'Université de Toronto.

Remerciement

Je remercie la Banque Scotia et le Collège des médecins de famille du Canada pour m'avoir attribué le Prix de la conférence en médecine familiale Banque Scotia/CMFC et pour l'occasion de transmettre mes pensées. Je remercie également Kyla Pollack Behar, Coordinatrice des solutions pour le système de santé à l'hôpital Women's College pour son aide dans la préparation de cette présentation.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^{re} Danielle Martin; courriel Danielle.Martin@wchospital.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. McWhinney IR. Being a general practitioner: what it means. *Eur J Gen Pract* 2000;6(4):135-9.
2. Médecins canadiens pour le régime public [site Web]. *Vision and mission*. Toronto, ON: Médecins canadiens pour le régime public.
3. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013. *Sommaire*. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2014.
4. Conseil canadien de la santé. Comment les Canadiens classent-ils leur système de soins de santé? *Résultats du Sondage international 2010 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé — De plus amples renseignements au* : http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=122. Toronto, ON: Conseil canadien de la santé; 2010.
5. How Canada Performs. *Mortality due to circulatory diseases*. Ottawa, ON: Conference Board of Canada; 2012. Dans : www.conferenceboard.ca/hcp/details/health/mortality-circulatory-diseases.aspx. Date de consultation 2015 Jan 14.
6. Commonwealth Fund. *US health system ranks last among eleven countries on measures of access, equity, quality, efficiency, and healthy lives*. New York, NY: Commonwealth Fund; 2014. Dans : www.commonwealthfund.org/publications/press-releases/2014/jun/us-health-system-ranks-last. Date de consultation : 2015 Jan 14.
7. Law M, Cheng L, Dhalla IA, Heard D, Morgan SG. The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada. *CMAJ* 2012;184(3):297-302. Epub 2012 Jan 16.
8. Law MR. *Generic drug pricing in Canada*. Presented at: 2020 Pharmacare Conference; 2013 Feb 26; Vancouver, BC. Dans : www.youtube.com/watch?v=QxjbXDLm3ZE. Date de consultation : 2015 Jan 14.
9. Conseil canadien de la santé. Comment les médecins canadiens de soins primaires classent-ils le système de soins de santé? *Résultats du sondage international 2012 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires*. — De plus amples renseignements au : http://healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=444. Toronto, ON: Conseil canadien de la santé; 2013.
10. Segal H. *Guaranteed annual income*. Toronto, ON: Anglican Church of Canada; 2014. Dans : www.toronto.anglican.ca/2014/05/26/senator-speaks-about-guaranteed-annual-income-at-church. Date de consultation : 2015 Jan 16.
11. Forget EL. *The town with no poverty. Using health administration data to revisit outcomes of a Canadian guaranteed annual income field experiment*. Winnipeg, MB: University of Manitoba; 2011. Dans : <http://public.econ.duke.edu/~erw/197/forget-cea%20%282%29.pdf>. Date de consultation : 2015 Jan 15.

