



Analyse particulière à la psychologie du Rapport de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

Décembre 2002

I – INTRODUCTION

II – LES ASPECTS POSITIFS D'ABORD

III – ANALYSE PARTICULIÈRE À LA PSYCHOLOGIE DU RAPPORT

IV – RÉSUMÉ

I - INTRODUCTION

L'odyssée d'un an et demi de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, connu comme la Commission Romanow, arrive à sa fin avec le dépôt du rapport de la Commission à la Chambre des communes le 28 novembre 2002. Le rapport présente un modèle exhaustif pour le développement futur des soins de santé au Canada. Il est important pour la psychologie d'identifier les orientations, les occasions et les obstacles décrits dans le rapport en ce qui concerne la profession.

La psychologie a fait de la Commission Romanow une priorité de représentation au cours de 2001 et 2002. Ces activités de représentation ont été entre autres les suivantes :

1. La SCP, la majorité des associations provinciales et quelques associations régionales ont soumis des lettres et des mémoires.
2. Plusieurs psychologues ont écrit des lettres à titre personnel.
3. Plusieurs psychologues ont contribué de l'argent afin d'appuyer l'effort de représentation.
4. La SCP a organisé une réunion avec Lillian Baine, la directrice générale adjointe de la commission et conseillère spéciale au Commissaire à Winnipeg qui comptait des représentants de la SCP, du Conseil des sociétés provinciales de psychologues (CSPP), le Répertoire canadien des psychologues offrant des services de santé (RCPSS), le Conseil canadien des programmes de psychologie professionnelle, la Manitoba Psychological Society (MPS) et la Psychological Association of Manitoba (PAM). Une conférence de presse a eu lieu.

5. La SCP a témoigné devant la Commission au cours des audiences publiques de Sudbury, Ontario.
6. Un certain nombre de psychologues se sont présentés devant la Commission.
7. La SCP a assisté à l'un des ateliers d'experts/intervenants présidé par Lillian Baine et Bob McMurtry, conseiller spécial du commissaire.
8. La SCP a tenu de nombreuses discussions informelles avec D^r McMurtry.
9. Le groupe des sept professions de la santé (aussi connu comme le G 7 comprenant la psychologie, la pharmacie, la physiothérapie, l'ergothérapie, le travail social, la diététique et l'orthophonie et l'audiologie) ont invité M. Romanow a rencontré le groupe. Malheureusement l'invitation n'a pas été acceptée.
10. La SCP a invité le commissaire à rencontrer les représentants de la psychologie. Malheureusement l'invitation n'a pas été acceptée.
11. La SCP a appuyé les mémoires d'autres organisations comme ceux du Groupe d'intervention action santé (HEAL), de l'Institut canadien de la santé infantile et de l'Alliance nationale pour les enfants.
12. La SCP a été l'une de la rare association professionnelle à être invitée à la séance pré-budgétaire (à huis clos) deux heures et demi avant le dépôt du rapport à la Chambre des communes.
13. L'objectif de la SCP était de tenter de communiquer avec la Commission d'une manière ou d'une autre à une fréquence de deux fois par mois.

Comme vous pouvez le constater, il s'est agit là d'une importante entreprise de représentation par le milieu de la psychologie. Nous tenons à remercier les nombreuses organisations et les nombreux psychologues qui ont consacré temps, énergie et argent pour faire avancer la cause. Le processus a rapproché la discipline et produit des documents très importants qui constitueront la base de plus amples activités de représentation.

Malheureusement, lorsque tout a été dit et tout a été fait, la psychologie a connu de meilleurs jours. Les questions particulières à la psychologie seront examinées en plus de détails plus loin dans la présente analyse. Pour débiter cependant il faut dire que le rapport formule des recommandations qui peuvent être appuyées par la psychologie et/ou chacun de nous en tant que citoyen canadien. La prochaine partie résume brièvement certaines des grandes questions positives. La dernière partie se penche sur certaines particularités du rapport d'une perspective centrée sur la psychologie.

II – LES ASPECTS POSITIFS D’ABORD

La Commission a formulé certaines recommandations importantes que la psychologie et nous en tant que Canadiens et Canadiennes peuvent admettre d’emblée, notamment les suivantes :

1. Financement accru de la santé à long terme, de manière stable et prévisible.
2. Transfert de fonds aux provinces qui doivent être affectés à la santé.
3. Des fonds ciblés au titre des soins de santé primaires, un Fonds d’accès des collectivités rurales et éloignées; un transfert en matière de soins à domicile et un transfert au titre de l’impact catastrophique des médicaments.
4. L’élaboration d’un pacte en matière de santé exposant les droits et les responsabilités de chaque citoyen, prestataire de soins et gouvernement.
5. La création d’un Conseil de la santé du Canada visant à améliorer la coopération et la collaboration et à conserver de bonnes données pour étayer les décisions relatives aux services. On met l’accent sur la nécessité d’améliorer la collecte et l’utilisation de l’information.
6. La création de centres pour l’innovation en santé pour effectuer de la recherche sur les questions liées à la santé des collectivités rurales et éloignées, les ressources humaines en santé, la promotion de la santé et la politique en matière pharmaceutique avec les soins de santé mentale recommandés pour la seconde ronde de centres.
7. L’élargissement de la portée et de la souplesse de la pratique afin de mieux répondre aux besoins des Canadiens. Le rapport recommande une gamme plus vaste de services à offrir aux patients. L’évaluation des besoins devrait être sensible aux besoins locaux et la pratique devrait s’appuyer sur l’expérience empirique.
8. Les besoins en matière d’enseignement et de formation devraient être davantage interdisciplinaires tout en mettant l’accent sur les problèmes des collectivités rurales et éloignées afin d’attirer et de garder les praticiens. Les stratégies doivent s’attaquer aux problèmes de recrutement et de conservation.
9. On place l’accent sur une réforme des soins de santé primaires qui fournirait un continuum intégré de soins 24 heures sur 24, sept jours sur sept et qui comprendrait une plus grande diversité de professionnels nécessaires, assurerait que les incitatifs sont en place pour recruter, tout en gardant les professionnels et en concentrant sur la promotion de la santé et la prévention des maladies/blessures. La Commission décrit les composantes de base

essentielles des soins primaires comme un continuum de soins, la détection et l'intervention hâtive, une meilleure information sur les besoins et les résultats et de nouveaux incitatifs pour les prestataires de soins de santé à participer aux soins de santé primaires.

10. On tente d'améliorer l'accès au diagnostic de santé physique et de réduire les listes d'attente.
11. Les recommandations font appel à des services améliorés en ce qui touche les langues officielles et sensibles d'un point de vue culturel.
12. L'amélioration des services dans les collectivités rurales et éloignées, l'élargissement des soins à domicile (500 millions de dollars devraient être affectés aux soins à domicile pour les personnes souffrant de maladie mentale) et l'assurance médicament constituent les trois piliers du rapport.
13. Le rapport formule des recommandations visant l'amélioration de la santé des populations autochtones.

Le rapport adopte un langage inclusif et permissif qui ouvre la voie à l'essor de la profession de la psychologie à l'intérieur de la vision de la Commission des soins de santé au Canada.

Compte tenu du ton du rapport, la Commission argumenterait sans doute que son rapport aborde de manière positive les recommandations et les préoccupations de la psychologie. En toute vraisemblance, le personnel de la Commission soulignerait la valeur des nombreuses présentations individuelles et organisationnelles faites sur la psychologie. À un macro niveau, la profession peut se trouver satisfaite du travail accompli. La psychologie n'a pas été exclue et le langage du rapport laisse place à une interprétation positive pour la psychologie.

III – ANALYSE PARTICULIÈRE À LA PSYCHOLOGIE DU RAPPORT

Compte tenu de tous ces aspects positifs, quel est le problème? Le hic se trouve dans les détails ou le manque de détails.

Le rapport de la Commission n'a pas placé le comportement humain au cœur des soins de santé au Canada, le titre du mémoire de la SCP et notre objectif de représentation. Au mieux, le rapport fait progresser notre cause par le biais d'un langage vague, permissif et inclusif.

Malheureusement, le rapport est presque exclusivement axé sur les médecins, les hôpitaux, le personnel infirmier, les appareils de diagnostic, les produits pharmaceutiques, etc. Il s'agit réellement d'une vision de médecine physique. Cette vision nous ramène aux vieux débats des années soixante et du début des années soixante-dix concernant un élargissement de la vision des soins de santé de manière à englober les

déterminants biologiques, cognitifs, affectifs, socioculturels et environnementaux du comportement sur tout le continuum de soins depuis le bien-être jusqu'aux soins palliatifs. En tant que discipline et système de santé nous sommes rendus bien au-delà de cette vision.

En se servant du temps comme repère, une grande part du dialogue au sujet des partenariats, de la portée de la pratique, des soins interdisciplinaires, de la réforme des soins primaires, etc. a vu le jour au cours des années quatre-vingt-dix et a déjà été mis en œuvre. Encore ici, la profession a évolué à partir de la perspective du praticien dans la réalité et des diverses associations qui représentent les professions de la santé. Notre travail en collaboration avec nos partenaires dans le domaine des soins de santé mentale et des soins primaires et les ressources humaines en santé et en soins primaires en sont les derniers exemples.

L'objectif de l'effort de représentation auprès de la Commission Romanow était d'en élargir la perspective et en bout de ligne, d'élargir le débat sur la santé et les soins de santé d'une préoccupation presque exclusivement cellulaire, organique, de chair et de sang pour englober la contribution du comportement humain sur tout le continuum de soins. Il semblerait que n'ayons pas réussi aussi bien que nous l'aurions voulu. Cette situation est extrêmement décevante. Notre vision, même si elle est présente dans le langage permissif, n'a pas été adoptée, non plus qu'on y réfère. En fait, le mot psychologie ou un de ses dérivés apparaît que trois fois dans des tableaux ou en renvoi en bas de tableau aux pages 25, 53 et 101.

Comme il a été mentionné précédemment, malgré le résultat doux-amer, les membres de la profession se sont comportés admirablement bien. À titre personnel des psychologues ont contribué de l'argent, ont écrit à la Commission et se sont présentés aux audiences publiques. Des associations ont rédigé des lettres et des mémoires. Des réunions ont eu lieu avec le personnel de la Commission. La SCP a été invitée à participer à un atelier d'experts et à faire une présentation à la Commission à Sudbury. L'effort coordonné a donné à la discipline de précieux documents de politique, une plus grande visibilité dans le secteur de la politique en matière de santé et de la recherche en santé et un rapport présenté à la Commission qui sera utile pour d'autres efforts de représentation. D'importance encore plus capitale, l'effort de représentation de dix-huit mois a contribué à une plus grande cohésion de la psychologie compte tenu que nous avons travaillé ensemble dans le cadre de ce projet. Plusieurs collègues et associations sont devenus partenaires dans ce processus.

L'analyse suivante examine directement de nombreux aspects des questions qui touchent directement la psychologie dans ce rapport. Il est entendu que personne ne s'attendait à ce que le rapport réponde positivement à chacun des points soulevés dans ce qui suit. Toutefois, ne pas aborder aucune de ces questions en dit long. De toute manière, l'analyse attire l'attention sur les nombreuses occasions pour la Commission de commenter nos problèmes et elle souligne certaines des possibilités et des vulnérabilités des disciplines.

Il est intéressant de noter que les données recueillies de nos conversations et des communiqués de presse à ce jour indiquent des réponses positives de l'ensemble du secteur des soins infirmiers, des hôpitaux, de la santé publique, des dirigeants en santé, de la pharmacie, de la médecine, des soins de longue durée et

du Groupe d'intervention action santé (HEAL).

Alors, que faisons-nous d'un scénario de bonnes nouvelles/mauvaises nouvelles?

Ce qui suit est un bref commentaire du rapport Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada (novembre 2002).

Chapitre 1 : L'avenir de l'assurance-santé (page 1)

Services : Le rapport souligne que la gamme et la nature des options de traitement en médecine ont changé de façon draconienne. À partir de cette vaste perspective, le rapport réduit rapidement le champ en ne citant que les services hospitaliers et de médecine, les produits pharmaceutiques, les soins à domicile et en milieu rural.

Cette position fait fief entièrement du point de vue que de nombreux autres services de santé sont fournis par une vaste gamme de prestataires de soins. En fait, dans le deuxième paragraphe à la page 3, le spectre des services de santé est essentiellement réduit à la médecine physique.

Le langage est permissif dans ce chapitre mais il n'est pas clair qui on veut inclure.

L'assurance santé et au-delà

Il n'est pas fait mention des services comme ceux de psychologie qui ne sont pas couverts par les régimes d'assurance santé non plus qu'on ne discute de façons d'ajouter ou de relier ces services au système public.

Recours à l'assurance privée et aux dépenses personnelles

On aborde brièvement (page 24) cette importante question, mais il n'y a pas d'examen significatif du pour et du contre non plus que des liens du secteur privé au secteur public. Le rapport préconise avant tout un financement public de la santé à même les impôts, mais ignore le secteur privé déjà florissant en ce qui concerne les services professionnels. Il est difficile de croire qu'on puisse avoir passé à côté de cette question. En toute vraisemblance cette question a été ignorée pour des raisons politiques. Il semble que la Commission a décidé de « miser » sur les secteurs de la santé qui ont été financés traditionnellement.

Chapitre 2 : La santé, la citoyenneté, le fédéralisme (p. 45)

L'établissement d'un Pacte canadien sur la santé (p. 49) est un concept intéressant. Cependant, compte tenu que le rapport est axé de manière prépondérante sur la santé physique, cette recommandation pourrait ne pas bien favoriser l'inclusion des services psychologiques de façon significative. Le point que le contribuable s'attend à ce que le système « soit efficace et fasse le meilleur usage possible des ressources disponibles » (p. 52) est de bon augure compte tenu que la recherche prouve que les services psychologiques fonctionnent et qu'ils sont efficaces en termes de coûts.

Plusieurs points soulevés dans le Pacte proposé sont louables (p. 53). Le problème pour la profession demeure à savoir si la psychologie dans le secteur public aura une voix au chapitre et si la psychologie dans le secteur privé participera en tout. Le langage du rapport est permissif mais n'est pas encourageant dans son ambiguïté et son point de focalisation biomédical. Le langage inclusif ouvre la porte au changement et donne place au dialogue et à la représentation. Le défaut d'une attention précise aux positions de la psychologie en regard de la grande quantité de documents présentés par la psychologie à la Commission en dit long sur les intérêts historiques et acquis de la position d'orientation de la Commission.

Définir la vision de l'avenir (p. 56) : Les recommandations 3 et 4 ont beaucoup de potentiel positif. En ce qui touche la psychologie, le problème demeure qu'il n'y a pas d'indication dans le rapport que la profession est vue comme une partie importante du système. L'établissement d'indicateurs de rendement, de repères visant à améliorer la qualité, l'accès etc. est tout à fait louable. Cependant, si les données sur l'activité en psychologie ne sont pas saisies ou des systèmes d'information ne sont pas créés pour saisir effectivement cette information, ces recommandations iront à l'encontre de la profession. La SCP a fait une enquête dans chaque ministère de la santé en 2001 pour découvrir ce qu'on savait déjà soit que les systèmes ne saisissent pas les données sur l'activité en psychologie dans le secteur public ou privé. Les dossiers de l'Institut canadien d'information sur la santé sont tout aussi décevants. Il ne contiennent que de l'information très médiocre sur la santé mentale et à peu près pas d'information sur la santé mentale.

Une nouvelle conception du leadership national (p.56) : Nous pouvons convenir d'une plus grande collaboration intergouvernementale et de moins de batailles intergouvernementales.

Rôle du Conseil de la santé du Canada (p. 58) : Le Conseil de la santé est conçu pour dresser le bilan pour les Canadiens de l'efficacité du système de soins de santé. Ici encore, il pourrait s'agir d'une occasion ou d'un risque pour la psychologie selon les données utilisées pour l'accès de la psychologie au Conseil, l'orientation du Conseil, etc. À la page 60, au paragraphe Faire des rapports sur des questions....., le rapport suggère d'obtenir des données complètes et fiables sur la disponibilité des dispensateurs de soins du Comité directeur national sur la sécurité des patients et du Conseil canadien d'agrément des services de santé, deux organisations qui n'ont que très peu de données utiles sur la psychologie en général et deux organisations qui n'ont pas de représentant de la psychologie. En outre, la suggestion que l'Institut canadien d'information sur la santé sera une source précieuse d'information est très problématique. Comme il a été mentionné précédemment, l'ICIS ne conserve à peu près pas d'information sur la psychologie, sauf celle qu'elle recueille annuellement des organismes de réglementation. Le dernier rapport de l'ICIS sur les soins de santé au Canada (un rapport annuel) ne présentait rien sur la santé mentale ou les services de psychologie. La SCP continue de rencontrer des représentants de l'ICIS concernant ces questions d'information. Les réunions sont sympathiques mais ne donnent pas lieu à beaucoup de progrès étant donné qu'une grande part des données de l'ICIS provient du système de santé provincial, avec toutes ses limites. Cela n'augure pas bien pour la profession.

Le Conseil de la santé du Canada a pour objectif de se pencher sur les soins primaires et la prestation, la répartition et les rôles changeants des travailleurs des soins de santé, toutes des questions abordées plus

loin dans la présente analyse du rapport de la Commission.

Structure possible du Conseil de la santé du Canada (p. 63) : Le conseil doit être une petite organisation qui compte 14 membres dont 4 représentants provenant des dispensateurs de soins et experts. Il reste ainsi peu de place pour la psychologie ou la représentation de la majorité des professions de la santé. Aucun processus n'est décrit pour assurer une interaction significative avec le conseil qui pourrait signifier que l'accès est limité comme c'est le cas actuellement avec la structure du comité de la santé fédéral/provincial/territorial. L'absence de représentation et l'accès limité poseraient problème.

Actualiser la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) (p. 64) : Le mémoire de la SCP ne recommandait pas cette action par peur que la loi ne soit rendu vulnérable par le processus politique du compromis. Le rapport de la Commission suggère d'ouvrir la LCS et de l'enrichir.

La recommandation 5 est louable en ce qu'elle confirme cinq principes de la LCS, souhaite actualiser la transférabilité et elle ajoute le principe de l'imputabilité. Cependant, la vision du rapport d'actualiser l'intégralité consiste à ajouter des soins à domicile ciblés et les médicaments d'ordonnance. Il ne s'agit pas là de la vue d'intégralité que nous préconisons dans nos mémoires collectifs. Il n'y a rien de mauvais dans ces suggestions à proprement dire. Elles ne vont tout simplement pas assez loin et elles ratent la cible en ce qui concerne la psychologie.

À la page 62, le rapport place la psychologie dans le jeu d'ensemble encore une fois, mais non pas en la nommant mais encore une fois par évocation implicite. Il y a une occasion définie par la bande dans la recommandation d'élargir le continuum de soins dans l'avenir à mesure que l'argent le permet. Cependant, le rapport recommande de débiter par les soins à domicile et les diagnostics nécessaires d'un point de vue médical (lire les services d'IRM et non pas les évaluations psychologiques). Plus loin le rapport insiste sur l'élargissement des services en santé mentale aux soins à domicile, ce qui constitue un point positif. Encore une fois, il s'agit d'une occasion voilée. Il n'y a pas de porte fermée mais il n'y a pas non plus de main tendue.

Assurer un financement fédéral stable et prévisible (p. 70) : La recommandation est encore une fois bonne et prometteuse au macro niveau mais n'apporte pas de pain à la psychologie dans le détail.

Un transfert en matière de santé adéquat, stable et prévisible du gouvernement fédéral aux provinces demeure une bonne idée.

Créer l'infrastructure de la technologie de l'information sur la santé du Canada (p. 82) : Il s'agit là d'une excellente idée, mais le hic est dans les détails.

Recommandation 8 : La création d'un dossier électronique de santé personnel est une bonne recommandation. Comme il est défini dans le rapport, il s'appliquerait aux patients qui accèdent au système public. Cependant, les praticiens privés pourront-ils accéder à l'information (question de protection des renseignements personnels, de capacité technologique, etc.)? S'ils ne peuvent pas, l'incapacité d'accéder à l'information compromettra-t-elle leur capacité de soigner les patients à cause d'un manque d'information

et ceci pourrait-il mener à des litiges en matière de responsabilité et de faute professionnelle? Est-ce que les dispensateurs qui ne peuvent pas accéder au système de dossiers électroniques de santé personnels seront marginalisés avec le temps? Comment ce système fonctionnera-t-il avec les assureurs privés? Les praticiens privés seront-ils en mesure ou tenus de participer au système en ajoutant les renseignements sur leurs patients au dossier électronique? Le gouvernement défrayera-t-il les dépenses ou si les coûts de l'équipement nécessaire et du temps qu'il faut pour tenir les dossiers devront être assumés par le praticien?

Recommandation 9 : L'Inforoute Santé du Canada, un code pour les systèmes de données locaux, régionaux et provinciaux capable de mesurer et de produire des rapports qui soient significatifs d'un champ de compétence à un autre constitue une idée excellente. C'est là d'ailleurs une idée que préconise la SCP depuis de nombreuses années. Cependant, compte tenu que les données sur les services de psychologie dans les secteurs public ou privé ne sont pas actuellement disponibles font l'objet de rapports sous d'autres catégories ou ne sont pas cueillies directement, cet effort pour construire un système géant supposera en toute vraisemblance qu'on se servira des ensembles de données les plus fondamentaux et facilement accessibles. Autrement dit, le système pourrait seulement inclure les ensembles de données qui sont actuellement signalés par les organismes et les institutions et les données de facturation des médecins. Le problème demeure que si la psychologie se trouve dans un système axé sur les données et que la psychologie ne figure pas dans les résultats en bout de ligne, la psychologie demeure alors invisible ce qui pourrait l'amener en eaux troubles.

Enrichir les connaissances sur la santé (p. 88) : Voilà une excellente idée. La série Saviez-vous que...de la SCP constitue un bon exemple. Se reporter à <http://www.cpa.ca/factsheets/main.htm>

Enrichir la base de données de recherche en santé du Canada (p. 94) : On trouve un appui pour davantage de recherche en santé avec une insistance accrue sur la recherche appliquée. Le rapport suggère la création de quatre centres pour l'innovation en santé (p. 95) dont le mandat serait d'étudier la santé des collectivités rurales et éloignées, la collaboration et la formation interprofessionnelles, la promotion de la santé et la politique pharmaceutique. Plus tard lorsque ces centres pour l'innovation en santé auraient été établis et qu'ils auraient démontré leur efficacité, il serait possible d'envisager la création d'autres centres qui s'intéresseraient à la sécurité des patients, à la santé mentale, à la télésanté, à la génomique et à la protéomique ainsi qu'à la gestion des maladies chroniques.

Il y a là beaucoup de potentiel pour un engagement significatif de la psychologie dans ces centres à cause de notre savoir-faire en recherche et notre base de connaissances. L'ordre de priorités est assez intéressant compte tenu que la collaboration et la formation interprofessionnelles passent avant la santé mentale même si cette dernière question est généralement reconnue comme étant un problème grave de santé et dans une grande mesure laissé pour compte.

Chapitre 4 : Investir dans les professionnels (p. 99)

La Situation actuelle de la main-d'oeuvre canadienne en santé (p. 101) : Voilà un moment fort du rapport. Ce semblerait être l'un des rares endroits où le mot psychologie ou un de ses dérivés qui renvoie

directement à la discipline figure dans le rapport. On trouve psychologie en toute lettre dans le tableau 4,1 à la page 101. Silencio s'il-vous-plaît! Peut-être faudrait-il surligner le mot.

Il n'y a que peu de discussion substantielle de la question des ressources humaines de n'importe laquelle profession ou groupe autre que celles des soins infirmiers et médicaux aux pages 99 à 113. C'est la voie identique adoptée par le rapport Kirby sur les soins de santé au Canada qui a paru en octobre 2002.

Dans la section intitulée Dispensateurs de soins du milieu paramédical et gestionnaires de la santé les dispensateurs de soins de santé connexes obtiennent 8 lignes et le reste de la section porte sur les gestionnaires des soins de santé soit 14 lignes. C'est tout. C'est tout ce dont on trouve à dire sur 57 pour cent de l'effectif national des soins de santé.

L'emploi de l'expression « milieu paramédical » dénote un grave manque de connaissance de la sensibilité de la majorité des professions de la santé. Il s'agit là d'un terme dégradant et marginalisant. Franchement, nous n'aimons pas l'emploi de l'expression, nous ne l'utilisons pas et nous en décourageons l'utilisation pour désigner la psychologie, une profession de la santé qui réglementée dans toutes les provinces et un dispensateur de soins de santé primaires dans la pratique indépendante. On fait référence à quelques autres professions de la santé (c.-à-d. les techniciens, les pharmaciens) ailleurs que dans cette section. Nous ne sommes pas paramédical pour ce qui est important en santé. Nous sommes un partenaire égal pour ce qui est important et nous appelons une profession de la santé. La terminologie est simple une fois que la question est mise en contexte. Si la Commission avait compris clairement le secteur, elle ne se serait pas servi de l'expression « dispensateurs de soins du milieu paramédical » comme elle l'a fait. Deuxièmement, nous, en tant que groupe, méritons plus que 8 lignes de texte.

Nécessité d'une action au plan national (p.114): De la noirceur de la déception, encore une fois, jaillit un rayon d'espoir. Le rapport suggère un examen de la répartition, du champ d'exercice, des profils d'exercice et de la juste combinaison des compétences des divers dispensateurs de soins. Il indique que les soins primaires doivent faire appel à des réseaux de dispensateurs qualifiés et qu'il faut aborder sous un angle nouveau les études et la formation. Encore ici, des dispositions habilitantes par la bande après avoir été fermé du gros de la section. Cela ressemble à un jeu de compliments ou d'opportunisme.

Investissements immédiats dans les personnes et le changement (p. 114) : Encore ici, il y a place à l'optimisme. La première puce à la page 115 suggère d'améliorer immédiatement la disponibilité et la répartition des professionnels de la santé dans les régions rurales et éloignées. Il pourrait s'agir d'un avantage pour la psychologie. La deuxième puce suggère une transformation des compétences et des rôles des dispensateurs. En fait il pourrait s'agir autant d'un avantage que d'un désavantage. Le rapport préconise ensuite que l'augmentation de fonds pour les soins de santé en régions rurales et éloignées et les soins primaires ne soit pas consacrée aux salaires. Ce n'est pas une bonne nouvelle pour les nombreux psychologues dans le système public qui sont insuffisamment rétribués. C'est là un dilemme intéressant au chapitre du recrutement et de la conservation des professionnels de la santé. En outre et encore une fois, on n'aborde pas le rôle du secteur privé. Il n'est pas évident non plus qu'il y ait un appui véritable pour les disciplines autres que celles de la médecine, les soins infirmiers et les professions directement liées aux

services d'un médecin.

Modifier les rôles et responsabilités (p.116) : Ici encore le même stratagème se poursuit. Dans cette section l'accent est mis sur les médecins et les infirmières et il est suggéré qu'on a besoin de gestionnaire de cas. Cette dernière suggestion vaut probablement son pesant d'or et pourrait signifier un plus grand nombre de cas aiguillés vers la psychologie ou encore là ce pourrait ne pas être le cas. Le rapport n'indique pas clairement comment le système fonctionnerait mais si on se fie au reste du rapport, il est plus vraisemblable que la psychologie restera marginalisée et les gestionnaire de cas n'auront pas la latitude nécessaire pour obtenir le bon praticien ou service au bon patient au bon moment, une citation de la Recommandation 1 du mémoire de la SCP à la Commission.

L'avant dernier paragraphe de la page 117 et le premier paragraphe de la page suivante apportent une lueur d'espoir. On préconise un partage des responsabilités avec une équipe composée de différents Professionnels de la santé. Encore une fois les références sont par la bande et il n'y a pas lieu de se réjouir trop vite si on regarde le contexte plus large de la santé physique du rapport.

Planification des changements à long terme (p. 118) : Les recommandations 16, 17 et 18 sont très intéressantes et ont rapport aux tâches du Conseil de la santé du Canada.

La recommandation seize suggère de recueillir de bonnes données sur la main d'œuvre en santé. Ces données pourraient être très utiles si la psychologie est comprise.

La recommandation dix-sept suggère que le Conseil se penche sur les programmes d'études et de formation et formule des recommandations au gouvernement quant à leur pertinence dans la préparation des professionnels à dispenser des soins primaires. Cela pourrait signifier que les gouvernements pourraient exercer un certain contrôle direct sur le contenu des programmes, l'internat, l'agrément et la réglementation. La discipline serait alors considérablement préoccupée par cet aspect.

On trouve plus de détails aux pages 119 et 120. Le rapport suggère une approche davantage fondée sur des données probantes, les dispensateurs auraient besoin d'une gamme plus variée de compétences plus pertinentes, les dispensateurs pourraient être amenés à jouer de nouveaux rôles, etc. On suppose ainsi que les gouvernements puissent imposer ou imposent des changements aux professions par des modifications à apporter aux programmes d'études et de formation. Le gouvernement pourrait aussi consentir des fonds additionnels en vue d'accroître le nombre d'étudiants dans les programmes de formation. Il pourrait s'agir d'un aspect positif si cela se traduisait par une augmentation du corps professoral mais négatif si cela signifiait un rapport professeur-étudiants plus élevé ou le retranchement de fonds lorsque le gouvernement croirait qu'il compte suffisamment de psychologues ou lorsque la marge de manœuvre se resserre.

La recommandation dix-huit suggère d'élaborer un plan exhaustif visant à régler les problèmes identifiés dans la recommandation 16 et décrite précédemment.

Il est important d'examiner le tableau 4.3 à la on page 123 intitulé Responsabilités en matière de politique

et de planification dans l'ensemble du Canada qui décrit les responsabilités dans l'ensemble du Canada quant à l'éducation, la formation, l'agrément, la réglementation, l'immigration etc. Les forces et les faiblesses de la psychologie dans ce schéma sont évidentes et importantes.

Chapitre 5 : Soins de santé primaire et prévention (p. 127)

Les recommandations dans cette section pourraient être prometteuses. On suggère de Remplacer le recours inutile aux hôpitaux et aux traitements médicaux, d'éliminer les barrières entre les professions de la santé, les établissements et différents secteur, de mettre davantage l'accent sur la prévention, de se concentrer davantage sur les collectivités en répondant à des besoins particuliers, de mettre en place un plus grand nombre de réseaux de dispensateurs de soins et une couverture 24 heures sur 24. On met implicitement l'accent sur un changement de comportement en ce qui a trait à la prévention. Nous pouvons espérer que la psychologie soit un partenaire dans cette nouvelle vision des soins primaires et de la prévention, mais ceci ne fait pas partie de la recommandation de façon explicite.

Problème flagrant du modèle proposé, on ne discute aucunement du rôle des dispensateurs de soins primaires à l'extérieur du système public. Cette omission est significative pour la pratique de la psychologie dans le privé.

Le rapport encourage le recours aux gestionnaires de cas, à l'intégration des services et aux réseaux de cas. Ces idées pourraient s'avérer fort intéressantes pour la psychologie ou pourrait tout aussi bien la laisser pour compte. Il n'y a pas de détails et l'orientation du rapport qui se fait essentiellement en santé physique ne peut laisser place qu'à un optimisme mitigé.

La notion de détection précoce (p. 134) reçoit tout à fait l'aval de la psychologie mais encore une fois l'exemple est tiré de la santé physique.

Le rapport recommande d'améliorer l'information sur les besoins et les résultats (p. 136). Pas sorcier. D'une part, cela pourrait signifier un plus grand recours aux psychologues scientifiques. Et, d'autre part, l'information fournie sera l'information financée et criblée pour la diffusion et, comme il a été indiqué précédemment, la psychologie demeure trop fréquemment la grande oubliée quand vient le temps d'analyser la prestation des services. Le questionnement demeure entier : les données de psychologie pourront-elles faire l'objet de recherche, la recherche sur les services de psychologie sera-t-elle considérée prioritaire et financée en conséquence et comment cette information sera-t-elle diffusée?

Incentifs nouveaux et plus puissants (p. 136) : Cette partie laisse entendre que « le mode de rémunération des médecins et l'absence de mécanismes appropriés de rémunération d'autres dispensateurs de soins dans les centres de soins de santé primaires représentent des obstacles importants. » Nous avons noté précédemment que le rapport suggère que les nouveaux fonds ne devraient pas servir à la rémunération.

Le rapport préconise aussi la stabilité dans les soins de santé primaire de manière à ce qu'il n'y ait pas de changement constant avec les conséquences négatives qui s'ensuivent. Les conditions de travail devraient

supposer des champs d'exercice moins rigides et un partage des responsabilités à l'égard des patients. Il est difficile de savoir si cela serait avantageux ou non. Le rapport démontre que la qualité des services devrait s'améliorer. Nous serions tous d'accord sur ce point. Il en découlerait un plus grand recours aux services de psychologie, point dont il n'est pas fait mention dans le rapport.

Donner l'élan à l'échelle nationale (p. 139) : Le rapport propose le parrainage d'un sommet national sur les soins de santé primaires afin de mobiliser tous les principaux intervenants. Si la psychologie est comprise, et si la position de la psychologie reçoit des échos et des appuis, ce sommet représenterait alors une excellente opportunité. Le problème demeure l'inclusion et la voix au chapitre. Étant donné que la meilleure façon de prédire le comportement d'avenir demeure le comportement passé, il n'est pas clair que la psychologie serait comprise ou si elle était comprise, qu'elle bénéficierait d'une représentation significative qui aurait une certaine influence. Les sommets de la santé à l'échelle nationale ont été par le passé bien représentés par des groupes ciblés comme les gestionnaires, ainsi que par le milieu de la médecine et des soins infirmiers. Il faudra suivre attentivement l'évolution de cette initiative.

Le rapport présente de nombreux aspects positifs potentiels de l'amélioration des soins primaires aux pages 140 et 141.

Intégrer la prévention aux soins de santé primaires (p. 142) : Ici encore, ces recommandations et l'importance accordée à la prévention sont faciles à appuyer. Cependant, il n'est pas encore question de santé mentale ou de psychologie. Le rapport ne présente encore exclusivement que des exemples en santé physique. Cette tangente se dessine au cours de plusieurs pages dans des sujets comme Promouvoir la bonne santé, S'attaquer aux grandes causes des principaux problèmes de santé et Une stratégie nationale d'immunisation. Ce point de mire sur la santé physique uniquement est décevant compte tenu du rôle bien étayé de la psychologie en prévention, la myriade de problèmes de santé où la psychologie entre en question et le rôle central de la santé mentale et de la maladie mentale.

Chapitre 6 : Accroître l'accès, assurer la qualité (p. 151)

Le premier problème demeure les listes d'attente. Le problème est placé entièrement dans une perspective de santé physique. On indique que les listes d'attentes sont gérées par les médecins. Il n'est pas fait mention d'autres dispensateurs de soins de santé qui gère des listes d'attente. L'accent porte sur les services de diagnostics ce qui signifie l'IRM et la tomographie par ordinateur. Le rapport s'inquiète de l'accès aux spécialistes (les médecins en toute vraisemblance) et des interventions chirurgicales. Le rapport n'est pas très convaincant en ce qui nous concerne de la page 151 à 165.

Améliorer la qualité (p. 165) : On incite le Conseil de la santé du Canada à établir un cadre national pour mesurer et évaluer la qualité et la sécurité du système de santé du Canada. Ce concept est très intéressant et vaut la peine d'être appuyé. Le hic se trouve encore dans les détails ou le manque de détails. L'inclusion, l'accès et la voix au chapitre demeurent la pierre d'achoppement pour la profession.

Améliorer l'accès et la qualité pour les minorités de langues officielles (p. 170) : Nous sommes d'accord

avec les principes avancés dans ces sections.

Chapitre 7 : Les communautés rurales et éloignées (p. 175)

Au macro niveau, nous convenons des principes. Cependant, cette section est presque exclusivement consacrée aux médecins et infirmières. On fait vaguement allusion au groupe plus étendu de dispensateurs de soins de santé. Nous appuyons le principe de la télésanté. Le rapport aborde la question d'essayer d'attirer et de conserver les dispensateurs de soins de santé, mais le message semble davantage laisser sous-entendre qu'il faut attirer les médecins et les infirmières. La recommandation 31 (p. 166) préconise le soutien de nouvelles façons de donner aux médecins, aux infirmières et à d'autres dispensateurs de soins l'occasion de faire l'expérience du milieu rural dans le cadre de leurs études et de leur formation afin de recruter et de conserver les professionnels dans ces régions. Cette approche ressemble au modèle d'internat en psychologie en milieu rural mis en place au Manitoba.

Chapitre 8 : Soins à domicile : Le prochain service essentiel (p. 187)

Regard sur l'avenir (p. 192) La deuxième puce sur cette page fait le lien entre les soins à domicile et les réseaux des dispensateurs de soins de santé primaire. C'est là l'une des recommandations de la SCP et celle-ci ouvre la porte à un engagement significatif de praticiens en psychologie, tant du secteur public que privé. Il reste à savoir s'il est réaliste de penser aux possibilités de succès de la psychologie.

Prise en charge des cas de santé mentale à domicile et interventions (p. 194) : Il y a un engagement ferme envers les services de soins à domicile pour les personnes atteintes de maladie mentale qui suppose une recommandation de nouveau financement de l'ordre de 500 millions de dollars pour cette initiative. Cette recommandation est extrêmement importante et doit être appuyée vigoureusement.

Aspect moins reluisant, il s'agit d'à peu près la seule recommandation visant à l'amélioration des services de soins de santé mentale et elle ne touche que le malade mental. Ce groupe de patients a très certainement besoin de soutien et en ce sens la recommandation doit recevoir carte blanche.

Cependant, il est révélateur qu'il s'agisse de la seule référence précise aux problèmes de santé mentale sauf pour la recommandation de la mise sur pied éventuelle d'un centre pour l'innovation en santé (p. 96). On démontre une perspective très étroite de la santé mentale, de la maladie mentale et des facteurs psychologiques qui affectent la santé. Il faudrait noter que l'emploi de l'expression santé mentale dans le rapport se borne à la maladie mentale. Cela démontre aussi une lacune dans l'appréciation des éléments psychologiques de la santé sur tout le continuum de soins. Le rapport n'accorde que très peu d'importance à ces problèmes cruciaux pour la santé des Canadiens.

Il est intéressant qu'il s'agit-là de la même position adoptée par le rapport Kirby. Le Comité sénatorial du sénateur Kirby n'a pas été en mesure d'aborder le problème de la santé mentale dans son rapport en six volumes et le problème fera l'objet d'une enquête distincte qui aura lieu dans le futur. Cet état de fait cause des dommages. On perpétue une très vieille tradition qui établit une distinction entre les facteurs

psychologiques qui jouent en santé, la santé mentale et le malade mental et la « vraie santé », ce qui ajoute à la marginalisation et à la stigmatisation. Nos mémoires et l'information présentés au sénateur Kirby et au commissaire Romanow montrent comment intégrer efficacement la santé mentale et les facteurs psychologiques sur tout le continuum de soins. Ni l'un, ni l'autre n'ont voulu faire ce pas nécessaire. Il s'ensuit que nous sommes toujours seul à nous occuper de l'orphelin - le malade mental – pour reprendre l'expression de Monsieur Romanow et le statut d'orphelin est à son insu renforcé par les deux rapports. Cette conceptualisation de la santé mentale, de la maladie mentale et des facteurs psychologiques qui jouent en santé est profondément enracinée dans le passé et passent parfaitement à côté de la réalité.

Le reste de ce chapitre est exclusivement consacré à la santé physique sous les titres suivants : Soins à domicile en phase post-aiguë, Soins palliatifs à domicile, Reconnaître le rôle des aidants naturels Ressources humaines en santé adéquates et pertinentes, Continuité et coordination des soins de santé. Encore ici on ne fait aucune référence à la psychologie ou à nos problèmes.

Chapitre 9 : Les médicaments d'ordonnance (p. 207)

Ce chapitre comporte un grand nombre de bonnes idées et laisse tout de même de côté l'apport de la psychologie. Il n'est pas question de l'efficacité de combiner les médicaments et les interventions psychologiques ou de la supériorité des interventions psychologiques. On ne peut que constater cette grave omission. Comble d'ironie, la puce à la page 212 intitulée Le remplacement d'autres interventions médicales suggère de remplacer les médicaments par d'autres interventions médicales sans pour autant mentionner le cadre plus actuel qui est de remplacer l'administration de médicaments par des interventions plus efficaces et plus efficaces en termes de coût.

La section Gestion des médicaments et soins de santé primaires (p. 227) présente une approche interdisciplinaire à la consommation de médicaments, aux solutions de rechange et à la gestion des médicaments. Encore ici l'accent est entièrement mis sur la santé physique nous devrions profiter de ce point pour faire valoir l'apport significatif de la psychologie dans ce domaine.

Chapitre 10 : Une nouvelle approche pour la santé autochtone (p. 233)

Ce chapitre discute des questions de santé autochtone sans aucune mention de la psychologie. Il existe tout de même de nombreuses occasions qu'elles soient ou non mentionnées dans le rapport.

IV - RÉSUMÉ

En résumé, même si le rapport est très décevant du point de vue de la santé psychologique, de la santé mentale et de la maladie mentale, il présente indirectement de nombreuses possibilités dont nous nous servirons dans nos efforts de représentations à l'avenir.

La psychologie a fait de très importantes représentations auprès de la commission Romanow. De nombreuses associations et de nombreuses personnes ont appuyé l'effort au nom de la science et de la

pratique de la psychologie. À tout un chacun, un grand merci.

Comme nous l'avons mentionné précédemment les résultats de cet effort de haut calibre et excellent ont été décevants. Cependant, les nombreux aspects indirectement positifs et le langage permissif ouvrent la voie à d'importantes possibilités pour la psychologie. En ce sens, les efforts de représentation n'auront donc pas été vains. En outre, le manque de limpidité en ce qui concerne la profession et le parti pris du rapport pour la santé physique signifie que nous devons rester vigilant. Nous devons empêcher des prises de décisions qui vont à l'encontre de la pratique publique ou privée de la psychologie et qui par conséquent nuiraient à la qualité des soins de santé et, en bout de ligne, à la santé des Canadiens.