

Chapitre

3

Santé Canada

L'appui fédéral à la prestation des soins
de santé

Les travaux de vérification dont traite ce chapitre ont été menés conformément au mandat législatif, aux politiques et aux méthodes du Bureau du vérificateur général du Canada. Ces politiques et méthodes respectent les normes recommandées par l'Institut Canadien des Comptables Agrés.

Table des matières

Message principal	1
Introduction	3
Le gouvernement fédéral joue un rôle important dans le domaine des soins de santé	3
Le financement public des soins de santé est en place depuis longtemps au Canada	3
Le gouvernement fédéral exerce une influence sur la prestation des soins de santé par la <i>Loi canadienne sur la santé</i> et le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux	5
Il existe des variations quant à la prestation des services de soins de santé financés par l'État	7
Hausse récente des dépenses publiques dans les soins de santé	7
Les lacunes que nous avons relevées en 1999	8
Objet du suivi	9
Observations et recommandations	9
La contribution fédérale aux soins de santé demeure imprécise	9
Surveillance de la conformité à la <i>Loi canadienne sur la santé</i>	12
Amélioration de la capacité en matière de surveillance	13
Nombre restreint de sources d'information pour effectuer la surveillance	13
Accès restreint aux renseignements qui permettraient de déceler la non-conformité	14
Santé Canada ne rend toujours pas compte du degré de conformité	15
Les premiers ministres consentent à présenter des rapports publics sur le rendement de leur système de santé	16
Lorsque des cas de non-conformité sont relevés, la résolution du problème demeure lente	17
Lorsque les problèmes de non-conformité ne peuvent être résolus, des sanctions peuvent être imposées	18
Peu de sanctions ont été imposées	18
Évaluations et rapports sur le rendement	20
Engagement à présenter des rapports sur le rendement et l'efficacité	20
Conclusion	21
À propos du suivi	23



Santé Canada

L'appui fédéral à la prestation des soins de santé

Vérificatrice générale adjointe : Maria Barrados
Directrice principale : Patricia MacDonald

Message principal

3.1 Les progrès accomplis par Santé Canada en vue de combler les lacunes que nous avons relevées dans notre vérification de 1999 n'ont été que limités. Ainsi, la surveillance qu'effectue le Ministère ne lui permet toujours pas d'évaluer dans quelle mesure les provinces et les territoires respectent la *Loi canadienne sur la santé*, ni de rendre compte de leur degré de conformité à la *Loi*. Le règlement des différends liés au respect de la *Loi* demeure lent. Les deux ordres de gouvernement ont récemment convenu d'un processus de prévention et de règlement des différends qui pourrait permettre d'améliorer la résolution des conflits par la collaboration. Le gouvernement fédéral ne précise toujours pas quelle est la contribution qu'il souhaite apporter au financement des soins de santé. Le Parlement et la population canadienne ont besoin de ces renseignements pour que le débat sur l'avenir des soins de santé soit éclairé.

QUESTIONS INITIALES	PROGRÈS	COTE*
<p>3.2 Santé Canada devrait établir la valeur des sources d'information qu'il consulte pour surveiller l'application de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> et pour déterminer la mesure dans laquelle les provinces et les territoires ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la <i>Loi</i>.</p>	<p>Santé Canada a accru le personnel et le budget affectés à la surveillance et à l'évaluation de la conformité à la <i>Loi</i>. Le Ministère a aussi mis au point un processus de surveillance adéquat et proactif de la conformité à la <i>Loi canadienne sur la santé</i>. Il a en outre amélioré ses systèmes d'information. Toutefois, le Ministère doit continuer à collaborer avec les provinces et les territoires car il ne dispose toujours pas d'information adéquate pour évaluer dans quelle mesure les provinces et les territoires respectent les conditions d'octroi et de versement prévues à la <i>Loi canadienne sur la santé</i> en ce qui concerne le financement des soins de santé.</p>	<p>PROGRÈS LIMITÉS</p>
<p>3.3 Dans ses rapports annuels au Parlement, Santé Canada devrait préciser dans quelle mesure les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement de la <i>Loi canadienne sur la santé</i>. Lorsque le Ministère n'inclut pas cette information dans ses rapports, il devrait expliquer clairement la raison de cette absence.</p>	<p>Le rapport annuel sur l'application de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> offre une bonne description des lois provinciales et territoriales régissant l'assurance-santé, et présente des statistiques sur la prestation des soins de santé. Le rapport n'indique pas dans quelle mesure les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires ont respecté les conditions d'octroi et de versement prévues à la <i>Loi canadienne sur la santé</i>.</p>	<p>PROGRÈS LIMITÉS</p>
<p>3.4 Le gouvernement fédéral devrait envisager des options qui lui permettraient d'améliorer l'information sur la contribution totale qu'il accorde aux provinces et aux territoires pour les soins de santé.</p>	<p>Le gouvernement fédéral ne fournit que des renseignements partiels sur la contribution totale qu'il entend attribuer aux provinces et aux territoires pour le financement à venir des soins de santé.</p>	<p>PROGRÈS LIMITÉS</p>

*Les cotes qui peuvent être attribuées sont les suivantes : mise en œuvre terminée, progrès satisfaisants, progrès limités, aucun progrès, recommandation rejetée, et statut indéterminé (voir « À propos du suivi » pour plus de détails).

Réaction de Santé Canada et du gouvernement fédéral. Santé Canada n'est pas d'accord avec les recommandations mais le Ministère examinera toute lacune se rapportant à la collecte d'information afin de lui permettre de remplir ses obligations en matière d'administration de la *Loi canadienne sur la santé*. Santé Canada s'est engagé à améliorer davantage la mesure du rendement et les rapports connexes. Le gouvernement fédéral accepte de continuer d'étudier des options pour améliorer l'information sur les soins de santé. Les réponses figurent au présent chapitre.

Introduction

Le gouvernement fédéral joue un rôle important dans le domaine des soins de santé

3.5 Le gouvernement fédéral n'est pas directement responsable de la prestation des services de soins de santé dans les provinces et les territoires; il s'agit d'une responsabilité provinciale et territoriale. Le gouvernement fédéral soutient toutefois les soins de santé en transférant aux provinces et aux territoires des fonds pour les aider à s'acquitter de leur mandat en matière de soins de santé.

3.6 Le gouvernement fédéral finance les soins de santé de diverses façons. Il finance directement la recherche, la surveillance et la mise en place de l'« infrastructure » de la santé. Il accorde également des subventions et des contributions à des particuliers et à des organismes pour leur permettre de participer à des activités dans des domaines tels que la promotion et la protection de la santé, la prévention des maladies et la recherche en santé. Le gouvernement fédéral offre directement des services de soins de santé à certains groupes particuliers tels que les Premières nations et les Inuits, les Forces canadiennes, les anciens combattants, les détenus des pénitenciers fédéraux et les membres de la Gendarmerie royale du Canada.

3.7 Le plus important transfert du gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires vise à soutenir les soins de santé, la formation postsecondaire et l'aide sociale. Ces transferts ainsi que les autres formes de financement des soins de santé font du gouvernement fédéral un acteur important dans le domaine des soins de santé.

Le financement public des soins de santé est en place depuis longtemps au Canada

3.8 Jusqu'à la fin des années 1940, la médecine privée dominait le secteur des soins de santé au Canada, et l'accès aux soins reposait sur la capacité de payer. En 1947, la Saskatchewan a instauré un régime public d'assurance pour les services hospitaliers, qui protégeait tous les habitants de la province sans égard à leur capacité de payer. Cet événement a marqué le début de l'évolution des soins de santé au Canada, évolution qui a mené au système que nous connaissons aujourd'hui, c'est-à-dire un système financé par l'État, qui vise à garantir à tous les habitants du Canada un accès prépayé aux soins de santé dont ils ont besoin. La pièce 3.1 présente un résumé des principaux jalons de cette évolution.

3.9 En 1957, le gouvernement fédéral adopte la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* afin d'encourager toutes les provinces à instaurer des régimes d'assurance-hospitalisation. Par cette loi, le gouvernement fédéral offre de partager avec les provinces les coûts des services admissibles dans une proportion d'environ 50 p. 100. Comme condition pour recevoir les fonds du gouvernement fédéral, les provinces et les territoires ont accepté de mettre des services assurés à la disposition de tous leurs habitants, selon des modalités et conditions uniformes. En 1961, les dix provinces et les deux territoires avaient signé des ententes qui établissaient des régimes publics d'assurance offrant une protection universelle aux patients hospitalisés.

3.10 En 1966, le gouvernement fédéral adoptait la *Loi sur les soins médicaux*, en vertu de laquelle il finançait près de la moitié du coût des visites médicales et des services médicaux. Pour être admissibles au financement fédéral, les provinces et les territoires devaient veiller à ce que leur régime d'assurance-santé respecte quatre principes : il devait être géré par l'État, transférable et universel, et les services assurés devaient être accessibles. En 1972, toutes les provinces et les territoires avaient étendu leur régime d'assurance-santé de façon à inclure les services dispensés par les médecins.

3.11 De plus, l'année 1966 marque l'entrée en vigueur du Régime d'assistance publique du Canada, un programme fédéral-provincial de partage des coûts de régimes complets de services sociaux. En 1977, le gouvernement fédéral crée le Programme des services complémentaires de santé afin d'offrir une aide financière aux provinces et aux territoires pour leurs services de soins ambulatoires, de soins intermédiaires en maison de repos, de soins en établissement pour adultes et de soins de santé à domicile.

3.12 En 1977, le gouvernement fédéral remplace le partage des coûts par un financement global. Ce changement donnait suite à certaines préoccupations quant à l'imprévisibilité du système de partage des coûts et aux dépenses qu'il occasionne; les provinces bénéficiaient ainsi d'une plus grande latitude pour établir leurs priorités en matière de dépenses. Le Financement des

Pièce 3.1 Principaux jalons de l'évolution des soins de santé universels financés par l'État au Canada

1947	La Saskatchewan instaure un régime public d'assurance pour les services hospitaliers.
1957	Le gouvernement fédéral adopte la <i>Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques</i> , programme à frais partagés donnant accès aux services hospitaliers et assurant ces services.
1958 à 1961	Les provinces et les territoires adhèrent au programme national d'assurance-hospitalisation.
1961	La Saskatchewan étend l'assurance-santé publique aux services dispensés par les médecins en dehors des hôpitaux.
1966	Le gouvernement fédéral adopte la <i>Loi sur les soins médicaux</i> en vertu de laquelle il assume une partie des frais des régimes d'assurance médicale dans les provinces.
1966	Le gouvernement fédéral instaure le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC), un régime de partage des coûts pour l'ensemble des programmes de bien-être. Le régime englobait également certains services de santé.
1968 à 1972	Les provinces et les territoires adhèrent au programme national relatif aux soins médicaux.
1977	La <i>Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis</i> est promulguée. Le Financement des programmes établis comprenait des transferts couvrant l'assurance-hospitalisation, l'assurance médicale et l'enseignement postsecondaire ainsi que les transferts pour le Programme des services complémentaires de santé.
1984	Le Parlement promulgue la <i>Loi canadienne sur la santé</i> .
1996	Le gouvernement fédéral remplace le Financement des programmes établis et le Régime d'assistance publique du Canada par le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).
1999	Le Premier ministre fédéral, les premiers ministres des provinces, à l'exception de celui du Québec, et tous les dirigeants des territoires signent l'Entente-cadre sur l'union sociale.
2000	Les premiers ministres ont émis un communiqué sur la santé par lequel ils s'engageaient à rendre des comptes aux Canadiens de manière transparente.

programmes établis (FPE), un nouveau mécanisme de transfert de financement global, a été adopté. Le FPE combinait les transferts fédéraux pour les services hospitaliers et médicaux et les transferts pour l'enseignement postsecondaire ainsi que le Programme des services complémentaires de santé.

3.13 Le transfert fédéral en santé, effectué par l'entremise du Financement des programmes établis, se divisait en parties presque équivalentes de transferts en espèces et en points d'impôt. Afin d'offrir le transfert d'impôt, le gouvernement fédéral a réduit son taux d'imposition sur le revenu des particuliers et des sociétés, ce qui a permis aux provinces de rehausser leur taux d'imposition d'une valeur équivalente. Ainsi, les recettes qui auraient été perçues par le gouvernement fédéral ont commencé à être perçues directement par les gouvernements des provinces. Encore aujourd'hui, ces recettes reviennent aux provinces, et elles continuent de croître au même rythme que l'économie de celles-ci.

3.14 La *Loi canadienne sur la santé* a été adoptée en 1984, au moment où le Financement des programmes établis constituait le principal mécanisme de transfert de fonds fédéraux aux provinces pour les soins de santé. La *Loi* a été adoptée parce que l'on craignait que la pratique de la surfacturation chez les médecins et l'imposition de frais modérateurs dans les hôpitaux ne créent un système de santé à deux paliers, ce qui compromettrait l'accès aux soins. La *Loi canadienne sur la santé* a réaffirmé l'engagement fédéral à l'égard d'une assurance-santé universelle, accessible, intégrale, transférable, et gérée par l'État (voir la pièce 3.2).

3.15 En 1996, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) a été créé afin de remplacer le Financement des programmes établis et le Régime d'assistance publique du Canada. Le TCSPS consiste en un financement global ou en un transfert forfaitaire remis par le gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires en fonction du nombre d'habitants, pour subventionner les soins de santé, l'éducation postsecondaire et l'aide sociale. Les provinces distribuent ce financement global parmi ces programmes sociaux, en fonction de leurs propres priorités.

Le gouvernement fédéral exerce une influence sur la prestation des soins de santé par la *Loi canadienne sur la santé* et le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux

3.16 Le gouvernement fédéral ne légifère pas directement sur les soins de santé. Par l'entremise de la *Loi canadienne sur la santé*, il appuie plutôt le transfert conditionnel de paiements aux provinces et aux territoires pour les soins de santé. Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, administré par le ministère des Finances en vertu de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, est un moyen par lequel le gouvernement fédéral influe sur les soins de santé au Canada.

3.17 En imposant des conditions pour le transfert de fonds par la voie du TCSPS, la *Loi canadienne sur la santé* vise à garantir que les services considérés comme étant médicalement nécessaires seront accessibles de façon

universelle, et sans frais directs, aux habitants de toutes les provinces et de tous les territoires du Canada. La *Loi* prévoit cinq conditions d'octroi (voir la pièce 3.2). Elle stipule que « Le versement à une province de la pleine contribution pécuniaire [en vertu du TCSPS] est assujéti à l'obligation pour le régime d'assurance-santé de satisfaire [...] aux conditions d'octroi [...] quant à la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité ».

Pièce 3.2 *Loi canadienne sur la santé* – Raison d'être et exigences

Raison d'être

La *Loi canadienne sur la santé* vise à garantir que tous les résidents du Canada ont accès aux soins de santé prépayés dont ils ont besoin.

La raison d'être de la *Loi canadienne sur la santé* est d'établir, à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de soins de santé fournis en vertu des lois provinciales, les conditions d'octroi et de versement de la contribution pécuniaire totale.

Conditions d'octroi

1. **Gestion publique.** Le régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire doit être exploité et administré sans but lucratif par un organisme public qui relève du gouvernement provincial ou territorial.
2. **Intégralité.** Le régime doit assurer tous les services médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux et les médecins et, lorsque cela est permis, les services rendus par d'autres praticiens des soins de santé.
3. **Universalité.** Le régime doit fournir à la totalité des résidents admissibles, selon des modalités uniformes, l'accès à des services de santé assurés.
4. **Transférabilité.** Les résidents ont droit à l'assurance-santé lorsqu'ils déménagent dans une autre province ou un autre territoire et lorsqu'ils voyagent au Canada ou à l'étranger (sous réserve de certaines restrictions).
5. **Accessibilité.** Le régime doit fournir, selon des modalités uniformes, un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux assurés. Il n'est pas permis de facturer à des patients assurés des frais supplémentaires pour des services assurés. Personne ne peut faire l'objet de discrimination à cause de son revenu, de son âge, de son état de santé, etc.

Conditions de versement

1. **Communication d'information.** Les règlements exigent que les gouvernements provinciaux ou territoriaux fournissent des prévisions annuelles et des états de la surfacturation et des frais modérateurs. Ils exigent également que ces gouvernements fournissent volontairement un compte rendu annuel décrivant le fonctionnement de leur régime en regard des conditions d'octroi et de versement énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé*. Ces renseignements servent de base au rapport annuel exigé à propos de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.
2. **Reconnaissance des contributions fédérales par les provinces ou les territoires.** Les gouvernements des provinces ou des territoires sont tenus de reconnaître publiquement les transferts reçus du gouvernement fédéral.

Dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs

1. **Surfacturation.** Facturation d'un excédent par rapport à un montant payé ou à payer par le régime d'assurance-santé d'une province pour un service de santé assuré.
2. **Frais modérateurs.** Frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, en vertu d'un régime provincial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation.

Dispositions relatives aux sanctions

1. **Sanctions financières obligatoires** en cas de surfacturation ou d'imposition de frais modérateurs. Les sommes facturées directement aux patients entraînent des réductions équivalentes des paiements de transfert fédéraux.
2. **Sanctions financières discrétionnaires** pour non-respect des cinq conditions d'octroi et des deux conditions de versement. Les sanctions financières seront dictées par la gravité du manquement.

Source : Santé Canada, *Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel, 1997-1998*

3.18 Les cinq conditions d'octroi de la *Loi canadienne sur la santé* sont le reflet d'objectifs nationaux. Le rôle de Santé Canada est d'évaluer dans quelle mesure la prestation des soins de santé dans les provinces et les territoires respecte les conditions d'octroi et de versement prévues à la *Loi*, et d'autoriser le versement du TCSPS en se fondant sur cette évaluation.

Il existe des variations quant à la prestation des services de soins de santé financés par l'État

3.19 La *Loi canadienne sur la santé* régit les services hospitaliers et médicaux ainsi que les services de chirurgie dentaire dispensés dans les hôpitaux et qui sont jugés médicalement nécessaires. Conformément au principe d'intégralité, la *Loi* exige que ces services soient assurés par les régimes d'assurance-santé des provinces. Le fait de se conformer au critère de l'intégralité ne garantit pas que le même ensemble de services de soins de santé soit financé par les deniers publics dans toutes les provinces. De nombreuses raisons peuvent expliquer un manque d'uniformité. D'abord, l'expression « médicalement nécessaire » n'est pas définie dans la *Loi* et peut donc être interprétée différemment par chaque province. De plus, les provinces et les territoires n'ont pas recours à une méthode uniforme pour déterminer quels services sont médicalement nécessaires. De la même façon, chaque province et chaque territoire peuvent, de manière isolée et indépendante, décider de retirer certains services médicaux de la liste, c'est-à-dire de ne plus payer ces services par l'entremise du régime public d'assurance-santé. Enfin, les régimes d'assurance-santé des provinces couvrent tous certains services additionnels, qui ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé*. Ces services additionnels diffèrent d'une province à l'autre.

3.20 Pour toutes ces raisons, on constate des variations dans l'ensemble du pays en ce qui a trait à la couverture de certains services de soins de santé par les régimes publics. Par exemple, l'ablation de varices et les examens de la vue chez les personnes de 19 à 64 ans sont des services assurés dans certaines provinces et pas dans d'autres. On ne connaît ni l'étendue ni l'incidence de ces variations dans l'ensemble du pays.

Hausses récentes des dépenses publiques dans les soins de santé

3.21 De 1991 à 1997, la proportion des dépenses publiques par rapport aux dépenses totales dans les soins de santé a diminué. Après 1997, cette tendance a été renversée parce que le gouvernement fédéral a annoncé des hausses importantes du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (voir la pièce 3.3).

3.22 La répartition des dépenses dans les soins de santé a changé au cours des dix dernières années. Le pourcentage des dépenses totales en soins de santé représenté par les services hospitaliers et médicaux a diminué. Ces services sont couverts par la *Loi canadienne sur la santé*. Le pourcentage des dépenses totales en soins de santé représenté par les médicaments a quant à lui augmenté. Les médicaments ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé*, à moins d'être administrés dans un hôpital.

3.23 En 1984, au moment de l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, les hôpitaux offraient de nombreux services, par exemple les médicaments, la réadaptation, la convalescence et les soins palliatifs, lesquels services sont maintenant de plus en plus offerts à domicile ou par le secteur communautaire. En outre, ces services sont offerts par une gamme plus vaste de fournisseurs, tels que les infirmières, les infirmières praticiennes, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Ces services se situent hors de la portée de la *Loi canadienne sur la santé*, et leurs coûts sont souvent à la charge des patients ou couverts par des régimes privés d'assurance-santé.

Les lacunes que nous avons relevées en 1999

3.24 Lors de la vérification que nous avons effectuée en 1999, nous nous sommes penchés sur la *Loi canadienne sur la santé* et sur le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, les principaux mécanismes par lesquels le gouvernement fédéral appuie les provinces et les territoires en matière de prestation des soins de santé. Dans notre rapport présenté en 1999 (chapitre 29), nous avons traité de la façon dont le gouvernement a utilisé ces outils en guise d'instruments de politiques publiques, des objectifs que ces outils visaient à atteindre ainsi que de leur efficacité au regard des résultats pour lesquels ils avaient été conçus.

Pièce 3.3 Dépenses consacrées aux soins de santé au Canada, de 1991 à 2001

	1991	1993	1995	1997	1999	2001 (Prévision)
Dépenses totales consacrées aux soins de santé (en milliards de dollars)	66,2	71,5	74,1	78,3	89,5	102,5
Dépenses consacrées aux soins de santé assumées par l'État (en milliards de dollars)	49,35	51,95	52,8	55,0	63,4	74,5
Dépenses consacrées aux soins de santé assumées par le secteur privé (en milliards de dollars)	16,89	19,56	21,3	23,3	26,1	28,0
Dépenses totales consacrées aux soins de santé, en pourcentage du PIB	9,6	9,8	9,1	8,9	9,2	9,4
Pourcentage des dépenses consacrées aux soins de santé assumés par l'État	74,5	72,7	71,3	70,2	70,8	72,7
Pourcentage des dépenses consacrées aux soins de santé assumés par le secteur privé	25,5	27,3	28,7	29,8	29,2	27,3
Répartition (en pourcentage du total) des dépenses consacrées aux soins de santé, selon leur affectation :						
Hôpitaux	38,7	37,4	34,5	33,0	31,9	31,5
Médecins	15,4	14,7	14,3	14,2	13,6	13,5
Médicaments (prescrits et non prescrits)	11,6	12,7	13,5	14,4	14,9	15,2
Autres dépenses	34,3	35,2	37,7	38,4	39,6	39,8

Source : Institut canadien d'information sur la santé

3.25 Nous avons relevé plusieurs lacunes en ce qui a trait aux rapports, à la surveillance et aux activités de mise en application de la *Loi*, de la part de Santé Canada, par exemple :

- La contribution fédérale attribuée aux soins de santé ne faisait l'objet d'aucun rapport au Parlement ou à la population canadienne.
- Santé Canada ne disposait pas des renseignements dont il avait besoin pour surveiller efficacement la conformité des provinces et des territoires à la *Loi canadienne sur la santé*.
- Le Ministère ne présentait aucun rapport indiquant dans quelle mesure la *Loi* était respectée par les provinces et les territoires.
- Le Ministère ne veillait pas de façon rigoureuse à l'application de la *Loi*.

Objet du suivi

3.26 Notre vérification de suivi a porté sur l'administration actuelle de la *Loi canadienne sur la santé* à la lumière de nos observations et de nos recommandations de 1999.

3.27 Nous nous sommes penchés plus particulièrement sur les activités et les systèmes auxquels Santé Canada a recours pour recueillir des renseignements. Nous avons évalué la capacité du Ministère à recueillir et à utiliser les renseignements en vue de surveiller la conformité à la *Loi* et de rendre compte de cette conformité dans des rapports. Nous nous sommes aussi penchés sur l'application de la *Loi* et, pour finir, sur l'élaboration par le Ministère d'un mécanisme de règlement des différends avec les provinces ou les territoires. Notre rapport présente les résultats obtenus dans les secteurs qui ont fait l'objet de la deuxième vérification. La section « À propos du suivi » présentée à la fin du chapitre renferme plus de précisions sur l'objectif du suivi ainsi que sur l'étendue, la méthode et les critères.

Observations et recommandations

La contribution fédérale aux soins de santé demeure imprécise

3.28 Dans le rapport que nous avons présenté en 1999, nous avons observé que le gouvernement fédéral n'était pas en mesure de dire à combien se chiffrait sa contribution totale aux soins de santé. Nous avons également constaté que la nature du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, en tant que transfert global, faisait en sorte que le Parlement et le grand public ne pouvaient pas avoir une idée claire de la portion du financement fédéral qui était directement affectée aux soins de santé. Nous avons aussi indiqué clairement nos attentes, en mentionnant que nous nous attendions à ce que le gouvernement fédéral puisse renseigner les Canadiens sur sa contribution aux soins de santé.

3.29 La nature du TCSPS en tant que transfert global est le reflet d'une décision du gouvernement fédéral voulant que l'on donne aux provinces et aux territoires davantage de latitude pour distribuer les ressources parmi les secteurs désignés de financement social. Bien qu'ils connaissent le montant total qui est attribué aux programmes sociaux, les Canadiens ignorent quelle portion du TCSPS le gouvernement fédéral souhaite affecter aux soins de santé.

3.30 En 2000, le ministère des Finances a effectué un certain nombre d'estimations quant à l'appui offert à la santé par le gouvernement fédéral par l'entremise des transferts aux provinces et aux territoires. Dans l'une de ces estimations, on a supposé que la somme affectée à la santé était la même que par le passé, à l'époque du système de transfert en vigueur avant l'exercice 1996-1997 (43 p. 100 en espèces et 68 p. 100 sous forme de points d'impôt, soit une moyenne pondérée de 54,3 p. 100). Les autres estimations laissent supposer que la somme attribuée pourrait être plus élevée. Le ministère des Finances nous a indiqué que l'estimation fondée sur les allocations des années passées avait été effectuée à titre d'illustration seulement. Au cours des dernières années, le gouvernement fédéral a investi des fonds additionnels, principalement en santé, par l'entremise du TCSPS (voir la pièce 3.4). En juillet 2002, le ministère des Finances a préparé une nouvelle estimation fondée sur les dépenses des provinces à l'égard de la santé et d'autres programmes sociaux visés par le TCSPS. En se servant de la même ventilation, le Ministère a estimé que chaque année, en moyenne, 62 p. 100 du TCSPS (21 milliards de dollars en 2001-2002) sont consacrés à la santé.

3.31 Le TCSPS ne comporte aucune indication du montant qui est prévu pour chacun des programmes sociaux qu'il finance. Le transfert fédéral est une combinaison de contributions en espèces et de points d'impôt pour la prestation de soins de santé, l'éducation postsecondaire et l'aide sociale (voir la pièce 3.5). Il n'existe aucune estimation — faisant l'objet d'un consensus

Pièce 3.4 Investissements récents du gouvernement fédéral dans les soins de santé

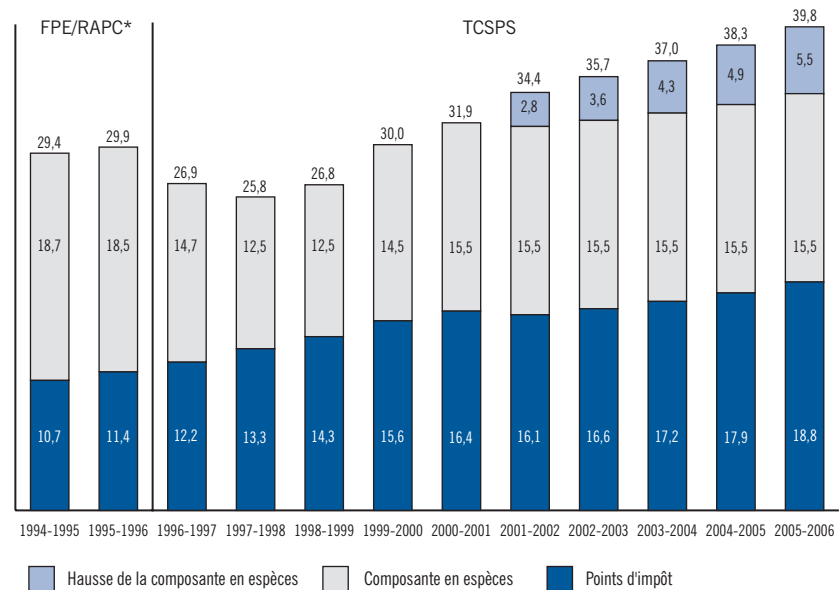
1999	Le budget fédéral annonce une hausse du financement lié au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) de l'ordre de 11,5 milliards de dollars sur cinq ans, précisément pour les soins de santé.
2000	<p>Le budget annonce une hausse de 2,5 milliards de dollars du TCSPS sur quatre ans afin d'aider les provinces et les territoires à financer l'éducation postsecondaire et les soins de santé.</p> <p>Les premiers ministres s'entendent au sujet d'un plan d'action pour renouveler les soins de santé et investir dans le développement des jeunes enfants. Le gouvernement fédéral s'est engagé à investir une somme additionnelle de 21,1 milliards de dollars dans le TCSPS sur cinq ans, y compris 2,2 milliards de dollars pour le développement des jeunes enfants. Il investirait également dans trois secteurs cibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 milliard de dollars en 2000-2001 et en 2001-2002 en transferts aux provinces et aux territoires pour l'achat d'équipement médical; • 800 millions de dollars sur quatre ans, débutant en 2001-2002, pour un Fonds pour l'adaptation des services de santé renouvelé, afin de soutenir l'innovation et la réforme des soins primaires; • 500 millions de dollars pour établir une société indépendante ayant pour mandat d'accélérer l'élaboration et la mise en place de systèmes modernes de technologie de l'information, tels que les dossiers de santé électroniques.

Source : Ministère des Finances

général — de la contribution fédérale aux soins de santé. La population canadienne n'a pas une idée claire du montant du financement fédéral qui est alloué aux soins de santé. Le gouvernement fédéral ne peut pas non plus indiquer à la population ce que sera sa contribution totale aux soins de santé. Par conséquent, les parlementaires doivent prendre des décisions au sujet de l'appui fédéral à la prestation des soins de santé sans disposer de renseignements adéquats sur la contribution fédérale.

Pièce 3.5 Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS)

(milliards de dollars)



* FPE : Financement des programmes établis
 RAPC : Régime d'assistance publique du Canada
 Source : Ministère des Finances, au 22 juillet 2002

3.32 Des sondages d'opinion publique indiquent que les Canadiens tiennent à l'assurance-santé et qu'ils sont préoccupés par sa viabilité à long terme. La contribution fédérale à l'égard des soins de santé fait l'objet de nombreux débats. Ceux-ci portent en grande partie sur l'évolution du financement, c'est-à-dire les diminutions ou les hausses de la contribution fédérale.

3.33 En 2000, le gouvernement fédéral a injecté une somme additionnelle de 21,1 milliards de dollars, sur cinq ans, consacrée au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Cette hausse visait principalement à soutenir la prestation des soins de santé dans les provinces et les territoires. Lorsque cette hausse a été annoncée, les premiers ministres ont accepté d'améliorer la reddition de comptes au public dans leur province afin d'informer les Canadiens sur certains des effets des dépenses en matière de soins de santé.

3.34 Le débat public actuel sur l'avenir des soins de santé démontre bien les préoccupations des Canadiens à l'égard de leur système de santé. Le débat est limité par une insuffisance d'information au sujet de la contribution fédérale

au financement des soins de santé : les Canadiens ne savent pas à combien se chiffre la contribution fédérale. Nous nous attendrions à ce que le gouvernement fédéral soit en mesure d'indiquer aux Canadiens à combien s'élève la contribution qu'il souhaite apporter au financement des soins de santé dans l'avenir. Ces renseignements pourraient aider à éclairer le débat en cours sur la réforme des soins de santé. De plus, les efforts du gouvernement fédéral pour faire connaître ses propres intentions ne compromettraient pas la marge de manœuvre dont bénéficient les provinces et les territoires pour répartir le financement global du TCSPS en fonction de leurs propres priorités.

3.35 Recommandation. Le gouvernement fédéral devrait fournir au Parlement suffisamment de renseignements pour permettre un débat éclairé sur le financement à venir des soins de santé.

Réponse du gouvernement. Le gouvernement fédéral fournit des renseignements complets sur ses propres dépenses directes dans le domaine de la santé par l'entremise du *Budget principal des dépenses* et du site Web de Santé Canada. Il publie également (dans des brochures budgétaires, sur le site Web du ministère des Finances Canada et dans le *Budget principal des dépenses*) tous les renseignements sur les paiements de transfert aux provinces et aux territoires, qui, dans le cas du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), servent à appuyer les dépenses provinciales et territoriales en matière de soins de santé, d'éducation postsecondaire, d'aide sociale et de services sociaux, y compris du développement de la petite enfance. Le but de la mise sur pied du mécanisme de financement global du TCSPS est de donner aux provinces et aux territoires la flexibilité de répartir les fonds selon qu'ils le jugent approprié; dans ce contexte, les provinces et les territoires ont la flexibilité de consacrer, s'ils le désirent, la totalité du TCSPS en espèces, au maintien de la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement fédéral a fait des progrès pour ce qui est d'assurer la disponibilité accrue de renseignements sur la nature et les objectifs de politique des programmes de transfert, y compris du TCSPS, et continuera d'étudier des options pour améliorer l'information sur les soins de santé.

Surveillance de la conformité à la *Loi canadienne sur la santé*

3.36 En 1999, nous avons observé que Santé Canada ne recueillait pas de façon régulière les renseignements dont le Ministère avait besoin pour déterminer dans quelle mesure les provinces et les territoires se conformaient à la *Loi canadienne sur la santé*. Nous avons constaté que ses sources d'information n'étaient pas suffisantes pour déterminer le degré de conformité. Nous avons aussi observé que le Ministère n'avait pas recueilli de renseignements fiables sur des indicateurs pertinents.

3.37 Nous nous attendions à ce que Santé Canada utilise un système de surveillance qui permette de recueillir suffisamment d'information pertinente sur la conformité à la *Loi canadienne sur la santé*, d'analyser cette information, d'en faire état dans des rapports et de lui fournir l'information dont il a besoin pour administrer la *Loi*.

Amélioration de la capacité en matière de surveillance

3.38 Lors de la réorganisation de Santé Canada en 2000, la Division de la Loi canadienne sur la santé a été créée. Les principales responsabilités de la nouvelle division sont entre autres les suivantes : surveiller les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux afin de s'assurer qu'ils respectent les conditions d'octroi et de versement prévues à la *Loi*; informer le Ministre des cas possibles de non-conformité et recommander des mesures appropriées pour résoudre ces cas; fournir aux hauts fonctionnaires de Santé Canada de l'information sur la surveillance et l'interprétation de la *Loi*; présenter chaque année un rapport au Parlement au sujet de la conformité des provinces et des territoires à la *Loi*; administrer et faire appliquer la *Loi*.

3.39 Se chiffrant à 2,5 millions de dollars en 1999, le financement annuel de la Division de la Loi canadienne sur la santé est passé à 4 millions de dollars; le financement supplémentaire visait à appuyer les activités du bureau central et des bureaux régionaux du Ministère. Deux nouveaux postes ont été créés dans chacun des six bureaux régionaux, et l'effectif total de la Division est passé de 23 à 49 personnes. On nous a indiqué que les titulaires des nouveaux postes étaient d'abord chargés de recueillir des renseignements permettant de surveiller la conformité à la *Loi*.

3.40 Au bureau central, Santé Canada a créé l'Unité d'analyse et de diffusion de l'information, qui est chargée de recueillir et d'analyser des renseignements afin d'améliorer la capacité du Ministère à surveiller la conformité des provinces et des territoires à la *Loi canadienne sur la santé*. L'Unité a mis au point un système d'information sur la *Loi canadienne sur la santé* pour faciliter le stockage, la consultation et l'analyse de l'information au sujet de la conformité. L'Unité est aussi responsable de la préparation du rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Nombre restreint de sources d'information pour effectuer la surveillance

3.41 Au cours de notre vérification de suivi, nous avons constaté que les sources d'information utilisées par Santé Canada à des fins de surveillance n'ont pas changé de façon marquée depuis notre vérification de 1999. Trois sources principales d'information sont à la disposition des analystes régionaux : l'information provenant de tierces parties, les plaintes provenant du public et l'information présentée volontairement par les provinces et territoires afin de produire le rapport annuel.

3.42 L'information des tierces parties provient entre autres des médias, des publications des parties intéressées, des contacts personnels et professionnels ainsi que de conférences. Les analystes régionaux du Ministère se fient beaucoup à ces sources pour déceler des cas possibles de non-conformité en ce qui a trait à la prestation des soins de santé dans les provinces et les territoires. Néanmoins, ces sources ne permettent pas au Ministère d'évaluer le degré de conformité des provinces et des territoires à la *Loi canadienne sur la santé*.

3.43 Les plaintes présentées par des particuliers constituent la deuxième source principale d'information pour déceler les cas possibles de

non-conformité. Les plaintes donnent lieu à des recherches et à des enquêtes pouvant mener à la détection de cas de non-respect des conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. En fondant les activités de surveillance sur les plaintes que l'on reçoit, on tient pour acquis que l'absence de plaintes signifie que les conditions sont respectées.

3.44 Enfin, les provinces et les territoires présentent volontairement de l'information à Santé Canada chaque année conformément aux lignes directrices mises au point par le Ministère. Cette information consiste en une description du fonctionnement du régime d'assurance-santé de la province ou du territoire par rapport à la *Loi*. L'information est analysée par le Ministère pour s'assurer que les lois provinciales et territoriales en matière d'assurance-santé sont conformes à la *Loi canadienne sur la santé*.

3.45 Comme ce fut le cas en 1999, nous avons observé que ces seules sources n'offrent pas suffisamment d'information pour permettre de surveiller la conformité et d'en déterminer le degré. Les renseignements que le Ministère nous a remis indiquent qu'aucune des enquêtes liées à des cas possibles de non-conformité entreprises depuis 1999 ne se rapportait aux conditions d'octroi énoncées dans la *Loi*. Toutes les nouvelles enquêtes qui ont été portées à notre attention étaient liées aux dispositions de la *Loi* relatives aux frais modérateurs et à la surfacturation. Le fait qu'aucune des enquêtes ne soit liée aux conditions d'octroi prévues à la *Loi* soulève certaines questions.

3.46 Nous craignons qu'il puisse exister certains cas de non-respect des conditions d'octroi prévues à la *Loi* qui n'aient pas fait l'objet d'une enquête de la part de Santé Canada.

Accès restreint aux renseignements qui permettraient de déceler la non-conformité

3.47 Aucun règlement n'oblige les provinces et les territoires à présenter des renseignements particuliers à Santé Canada, sauf en ce qui concerne la surfacturation et les frais modérateurs. Santé Canada tente de surveiller la prestation des soins de santé dans les provinces et les territoires en l'absence de mécanismes de reddition de comptes adéquats. Tout en imposant des conditions pour le versement des fonds du TCSPS aux provinces pour la prestation de soins, la *Loi* ne prévoit aucun règlement d'application afin de faciliter la surveillance en ce qui a trait au respect de ces conditions. Lorsque la *Loi* a été adoptée en 1984, des règlements ont été élaborés afin d'imposer la présentation de rapports; ces règlements n'ont toutefois jamais été promulgués. Par conséquent, la capacité du Ministère d'obtenir l'information dont il a besoin de la part des provinces est restreinte.

3.48 La *Loi canadienne sur la santé* décrit les conditions auxquelles est assujéti le transfert fédéral de fonds aux provinces pour les soins de santé. Elle comprend également une disposition concernant la présentation par les provinces et les territoires d'information à Santé Canada. Cette disposition n'a pas été appliquée. Dans ses échanges avec les provinces et les territoires, Santé Canada a tendance à adopter une approche de non-ingérence relativement à l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*.

3.49 Les analystes régionaux du Ministère nous ont indiqué qu'ils ne peuvent pas recueillir de renseignements auprès des établissements médicaux parce que la prestation des services est une compétence provinciale et territoriale. Les provinces et les territoires doivent s'assurer que la prestation des soins de santé est conforme à leurs propres lois dans ce secteur; ils ne sont pas tenus de transmettre cette information à Santé Canada. Ainsi, le Ministère n'a pas accès à l'information dont il a besoin pour administrer la *Loi*.

3.50 Nous avons constaté que d'autres organismes recueillent des données sur la prestation des soins de santé. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a recueilli de l'information sur les temps d'attente dans les hôpitaux; Statistique Canada effectue l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; des organisations non gouvernementales, telles que l'Association médicale canadienne et l'Association canadienne des soins de santé, recueillent également des statistiques concernant la santé. Bien que ces organismes n'aient pas le même mandat que Santé Canada, ils recueillent certains renseignements que Santé Canada pourrait utiliser à des fins de surveillance, mais il ne le fait pas à l'heure actuelle.

Santé Canada ne rend toujours pas compte du degré de conformité

3.51 En 1999, nous avons constaté que les rapports annuels sur la *Loi canadienne sur la santé* qui avaient été présentés au Parlement les années précédentes ne respectaient pas l'une des exigences de la *Loi*, laquelle stipule que Santé Canada doit indiquer dans quelle mesure chaque province et chaque territoire ont respecté les conditions d'octroi et de versement prévues à la *Loi*. Les rapports annuels étaient descriptifs, narratifs et ne contenaient pas suffisamment d'information pour permettre au Parlement de déterminer le degré de conformité des provinces et des territoires.

3.52 Le ministre de la Santé est tenu par la *Loi* de rendre compte de l'administration et de l'application de la *Loi*, y compris de fournir tous les renseignements pertinents indiquant dans quelle mesure les provinces ont satisfait aux conditions relatives au paiement prévues à la *Loi*.

3.53 Le rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* comporte une description générale des problèmes de non-conformité faisant l'objet d'une enquête. Il indique également, pour chaque province et chaque territoire, les sanctions qui ont été imposées au cours de l'année qui précède, ainsi que les déductions annuelles depuis l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*.

3.54 Aucun des deux derniers rapports annuels (1999-2000 et 2000-2001) ne fournit une évaluation du degré de conformité des régimes provinciaux d'assurance-santé à la *Loi canadienne sur la santé*. Les provinces et les territoires présentent volontairement de l'information à Santé Canada à partir d'un modèle mis au point par la Division de la *Loi canadienne sur la santé*. Cette information figure dans le rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, mais n'est pas utilisée pour déterminer la conformité. Le rapport fournit une bonne description des lois provinciales et

territoriales sur l'assurance-santé. Santé Canada ne présente toutefois pas de conclusion quant au degré de conformité de ces lois à la *Loi canadienne sur la santé*. Les rapports renferment également des statistiques sur la prestation des soins de santé. Santé Canada ne présente pas non plus de conclusion quant au degré de conformité de la prestation des soins de santé dans les provinces et les territoires à la loi fédérale. Par conséquent, les parlementaires ne sont pas en mesure de déterminer à partir du rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* si les milliards de dollars transférés aux provinces et aux territoires donnent lieu à une prestation de soins de santé qui est conforme au but visé par la *Loi*.

Les premiers ministres consentent à présenter des rapports publics sur le rendement de leur système de santé

3.55 En septembre 2000, les premiers ministres ont publié un communiqué sur la santé par lequel ils s'engageaient à rendre des comptes aux Canadiens de manière transparente. Ce communiqué accompagnait l'annonce de nouveaux investissements fédéraux de l'ordre de 21,1 milliards de dollars sur cinq ans pour appuyer le renouvellement des soins de santé.

3.56 Les premiers ministres ont demandé à leur ministre de la Santé de collaborer à l'élaboration de 14 indicateurs à partir desquels chaque gouvernement pourrait commencer à présenter des rapports à compter de septembre 2002. Ces indicateurs doivent porter sur l'état de santé, les résultats pour la santé et la qualité des services. La reddition de comptes au public comprendrait une vérification effectuée par une partie indépendante.

3.57 Chaque administration (le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires) devait rendre public en septembre 2002 un rapport sur les 14 indicateurs convenus. Cette mesure est un pas dans la bonne direction. Deux des indicateurs sont liés à la conformité (temps d'attente dans les hôpitaux et accès aux services de santé de premier contact). Si les gouvernements poursuivent cette initiative et continuent de collaborer à l'élaboration d'autres indicateurs, ce type de rapport pourrait fournir aux Canadiens de l'information sur la gestion publique, l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité et la transférabilité des soins de santé.

3.58 Santé Canada reconnaît qu'il y a des faiblesses en matière de collecte d'information sur la santé. Les premiers ministres se sont engagés à collaborer à l'élaboration d'un cadre global comprenant des indicateurs comparables dont on aura convenu conjointement et qui auront trait à l'état de santé, aux résultats pour la santé et à la qualité des services. L'amélioration de la surveillance et de la reddition de comptes nécessite la collaboration des provinces et des territoires avec le gouvernement fédéral.

3.59 **Recommandation.** Santé Canada, en collaboration avec les provinces et les territoires, devrait s'acquitter de son obligation d'administrer la *Loi canadienne sur la santé* en recueillant l'information dont il a besoin pour faire appliquer la *Loi* et rendre des comptes au sujet de la conformité à la *Loi*.

Réponse de Santé Canada. Santé Canada recueille déjà une quantité considérable d'information sur les activités liées aux régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé. Cette information est utilisée pour évaluer la conformité des provinces et des territoires en ce qui concerne les conditions d'octroi et de versement de la *Loi canadienne sur la santé* et pour rendre compte au Parlement.

Toute lacune se rapportant à la collecte d'information sera examinée dans le cadre des dispositions du processus de Prévention et règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*, accepté par les provinces et les territoires en avril 2002. Ce processus permet aux gouvernements d'engager des discussions, d'échanger de l'information et d'établir les faits afin de s'assurer qu'ils disposent de l'information nécessaire pour évaluer toute question relative à l'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* et à la conformité à la *Loi*.

Lorsque des cas de non-conformité sont relevés, la résolution du problème demeure lente

3.60 En 1999, nous avons indiqué que la résolution des problèmes de non-conformité était un processus lent. Nous avons cité des exemples de cas possibles de non-conformité qui sont restés en suspens pendant un certain nombre d'années. Au moment de ce rapport, il y avait 14 cas non résolus. Trois d'entre eux ont été résolus depuis; les onze autres cas sont en suspens depuis au moins cinq ans.

3.61 Le processus de règlement des différends entre le gouvernement fédéral et les provinces quant au respect de la *Loi* est demeuré lent. Depuis 1999, Santé Canada a relevé 12 nouveaux cas de non-conformité possible ou avérée et a tenté de les régler par des moyens autres que des sanctions. Deux des cas ont été résolus; dix demeurent en suspens.

3.62 On nous a indiqué que la lenteur du processus de règlement des différends est attribuable en partie aux difficultés associées à l'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé*. Nous constatons que Santé Canada a élaboré un manuel d'interprétation de la *Loi* (*Canada Health Act Policy Interpretation Manual*) à l'intention des employés de la Division de la *Loi canadienne sur la santé*. Toutefois, le Ministère n'a pas partagé ce manuel avec les provinces et les territoires en raison de contraintes d'ordre juridique. Par conséquent, des interprétations différentes de la *Loi* par les divers ordres de gouvernement ont entravé la résolution rapide des problèmes. L'application de la *Loi canadienne sur la santé*, que ce soit par l'imposition de sanctions ou par la négociation, pourrait être facilitée si l'on tentait de s'assurer que des discussions opportunes et continues, entre toutes les parties, ont lieu au sujet de l'interprétation de la *Loi*.

3.63 En 1999, nous avons observé la nécessité d'une collaboration fédérale-provinciale-territoriale afin d'éviter et de régler les différends, et d'assurer ainsi l'application de la *Loi*. La collaboration était le thème central de l'Entente-cadre sur l'union sociale signée en février 1999 par tous les premiers ministres (sauf celui du Québec). L'Entente explique comment les

gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaboreront afin de soutenir les programmes sociaux au Canada.

3.64 Selon l'esprit de l'Entente, Santé Canada s'est engagé à administrer la *Loi canadienne sur la santé* sans ingérence et en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. À cette fin, le Ministère a élaboré, conjointement avec les provinces et les territoires, un processus en vue de favoriser la prévention des différends et la résolution des problèmes de non-conformité. En avril 2002, un accord a été conclu en ce qui concerne le processus. On n'y a pas encore eu recours, mais il pourrait bien améliorer la collaboration en vue d'éviter et de résoudre les problèmes de non-conformité.

Lorsque les problèmes de non-conformité ne peuvent être résolus, des sanctions peuvent être imposées

3.65 La négociation est la première étape du processus de règlement des différends. Si la négociation échoue, le Ministre peut imposer une sanction financière. La *Loi canadienne sur la santé* prévoit deux genres de sanctions. Il y a d'abord les sanctions obligatoires, qui sont liées uniquement aux dispositions de la *Loi* portant sur la surfacturation et les frais modérateurs. Pour ce genre de sanction, on déduit du paiement fédéral lié au TCSPS alloué à la province ou au territoire qui a permis la surfacturation ou l'imposition de frais modérateurs, une somme équivalente aux frais surfacturés et aux frais modérateurs perçus. La *Loi* prévoit également des sanctions discrétionnaires. En vertu des articles 14 à 17, des sanctions discrétionnaires (réductions du TCSPS) peuvent être imposées si une province ou un territoire n'a pas respecté une des conditions d'octroi prévues à la *Loi* en ce qui concerne la prestation de soins de santé et si des efforts raisonnables de consultation et de négociation ont été faits et ont échoué. Dans un tel cas, le Ministre peut renvoyer la question au gouverneur en conseil afin qu'il décide si le TCSPS devrait être réduit.

3.66 En 1999, nous avons observé que dans l'application de la *Loi canadienne sur la santé* par la voie de sanctions en cas de non-conformité, on s'en est tenu à l'imposition de sanctions obligatoires pour des cas de non-respect des dispositions de la *Loi* portant sur la surfacturation et les frais modérateurs. Le gouvernement fédéral n'avait jamais imposé de sanctions discrétionnaires pour les cas de non-respect des conditions d'octroi prévues à la *Loi*.

3.67 La *Loi* impose certaines obligations au gouvernement fédéral. Elle définit les conditions qu'une province doit respecter pour recevoir les transferts fédéraux. Si le régime d'assurance-santé d'une province ne respecte pas ces conditions, la *Loi* confère au gouvernement fédéral le pouvoir de prendre des mesures pouvant aller jusqu'à la retenue de toutes les contributions destinées à la province fautive.

Peu de sanctions ont été imposées

3.68 Le rapport annuel de 2000-2001 sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* indique que le gouvernement fédéral a imposé une seule sanction pour des frais modérateurs. La pièce 3.6 indique le nombre de sanctions imposées depuis 1995 ainsi que leur valeur totale.

Pièce 3.6 Retenues annuelles du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, par province et par territoire (en milliers de dollars)

Province/ Territoire	1995-1996		1996-1997		1997-1998		1998-1999		1999-2000		2000-2001		Total des retenues brutes 1995-1996 à 2000-2001		
	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Total
Terre-Neuve et Labrador		46		96		128		53						323	323
Île-du-Prince-Édouard															
Nouvelle-Écosse		32		72		57		39		61		58		319	319
Nouveau-Brunswick															
Québec															
Ontario															
Manitoba		269		588		587		612						2 056	2 056
Saskatchewan															
Alberta		2 319		1 266										3 585	3 585
Colombie-Britannique	43												43		43
Yukon															
Territoires du Nord-Ouest															
Nunavut															
Total	43	2 666		2 022		772		704		61		58	43	6 283	6 326

Source : Santé Canada, Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel, 2000-2001

3.69 Santé Canada nous a indiqué que le Ministère hésite à imposer des sanctions. Le Ministère a démontré une préférence marquée pour la consultation et la négociation afin de régler les différends en collaboration avec les provinces et les territoires. Le Ministère croit que s'il imposait des sanctions, les provinces et les territoires pourraient simplement choisir d'en absorber les coûts et de continuer à contrevenir à la *Loi*.

Évaluations et rapports sur le rendement

3.70 En 1999, nous avons indiqué que le Ministère avait effectué une évaluation des méthodes utilisées par la Division de l'assurance-santé pour vérifier si la prestation des soins de santé dans les provinces respecte le principe d'accessibilité énoncé dans la *Loi*. Le rapport d'évaluation indique qu'on ne sait pas clairement avec quelle efficacité la Division a surveillé l'état du système de santé, y compris les implications des enjeux nouveaux qui influent sur les principes fondamentaux de la *Loi*. L'évaluation n'a porté que sur les activités de surveillance de la Division; elle n'a pas tenté de déterminer, par exemple, si les Canadiens ont en fait accès de façon raisonnable aux services de santé partout au pays.

3.71 Santé Canada a accepté notre recommandation de se pencher sur les aspects clés de la *Loi canadienne sur la santé* dans ses évaluations à venir. Le Ministère a toutefois interrompu l'évaluation de ses responsabilités en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, compte tenu de plusieurs études récentes ou en cours de réalisation au sujet du système de santé, notamment les suivantes :

- La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (présidée par Roy Romanow); ce rapport doit être publié en 2002.
- Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie : *La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral* (présenté par le sénateur Michael Kirby); deux rapports ont été publiés en 2001 et trois autres rapports doivent être présentés en 2002.
- Premier's Advisory Council on Health for Alberta (présidé par Don Mazankowski); rapport présenté en janvier 2002.
- Saskatchewan Commission on Medicare (présidée par Ken Fyke); rapport présenté en avril 2001.
- La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux du Québec (présidée par Michel Clair); rapport présenté en décembre 2000.

Engagement à présenter des rapports sur le rendement et l'efficacité

3.72 Dans le budget de 1999, on a annoncé l'Initiative fédérale de responsabilisation, un projet de 43 millions de dollars axé sur la santé. Par cette initiative, Santé Canada s'engageait à améliorer sa reddition de comptes aux Canadiens en ce qui concerne le rendement de ses propres programmes de santé. En 1999, le Ministère n'avait pas la capacité d'entreprendre cette initiative et nous avons recommandé qu'il étudie des options en vue de respecter son engagement.

3.73 Notre vérification de suivi nous a permis de constater que Santé Canada a effectué un certain travail par rapport à cette initiative, par exemple, son Projet d'élaboration de mesures du rendement. Toutefois, jusqu'à maintenant, ce projet n'a pas été mené à terme; le Ministère n'a pas encore déterminé entièrement ses objectifs en matière de rendement ni présenté de rapports sur l'atteinte de ces objectifs. Le Ministère n'était pas en mesure de nous fournir un plan d'action et un échéancier.

3.74 Recommandation. Santé Canada devrait veiller à mettre en place, comme le prévoit l'Initiative fédérale de responsabilisation, des mesures sur le rendement de ses propres programmes et à présenter des rapports fondés sur ces mesures.

Réponse de Santé Canada. L'investissement de Santé Canada dans l'Initiative fédérale de responsabilisation a servi à faire progresser les politiques et les pratiques du Ministère en ce qui a trait à la mesure du rendement et aux comptes rendus faits à tous les Canadiens et à toutes les Canadiennes.

Santé Canada respecte ses engagements visant à élaborer des indicateurs et à en rendre compte. Dans le cadre de l'engagement des premiers ministres pris en septembre 2000 en vue de l'établissement régulier de rapports fédéraux-provinciaux-territoriaux sur le rendement du système de soins de santé, Santé Canada prépare un rapport sur le rendement, comprenant des données sur la santé des Premières nations ainsi que des renseignements sur les anciens combattants, les détenus et le personnel militaire. Ce rapport sera publié en septembre 2002.

Santé Canada travaille promptement à l'élaboration d'indicateurs de rendement pour le Ministère, qui serviront de base à l'amélioration continue des comptes rendus sur le rendement. Les indicateurs seront proposés en vue d'une approbation interne en septembre 2002 et serviront au Rapport ministériel sur le rendement l'année suivante.

Conclusion

3.75 Les lacunes à l'égard de l'information, au sujet de l'administration et de l'application de la *Loi canadienne sur la santé* que Santé Canada recueille et présente au Parlement chaque année, constituent depuis longtemps un problème. L'amélioration de la surveillance n'a pas permis de régler le problème en ce qui concerne les sources d'information restreintes. Le Ministère n'utilise pas l'information qu'il recueille pour évaluer dans quelle mesure les provinces et les territoires respectent les conditions d'octroi et de versement prévues à la *Loi canadienne sur la santé*, ou pour rendre compte de leur degré de conformité à la *Loi*.

3.76 Santé Canada a tenté d'adopter une approche de non-ingérence pour administrer la *Loi*. Cette approche n'a toutefois pas permis de résoudre rapidement les problèmes liés au non-respect et à l'interprétation de la *Loi*. La majorité des cas de non-conformité relevés par Santé Canada au cours des

dix dernières années sont demeurés en suspens pendant cinq ans ou plus. Peu de sanctions ont été imposées pour le non-respect des dispositions de la *Loi* relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs. Aucune sanction n'a été imposée pour le non-respect des conditions d'octroi prévues à la *Loi*.

3.77 Santé Canada a interrompu l'évaluation de ses programmes dans ce secteur en raison du nombre d'études sur le système de prestation des soins de santé qui sont en cours. Le Ministère maintient son engagement à mesurer et à rendre compte de son rendement. Toutefois, jusqu'à maintenant, il n'a pas mené à terme son Projet d'élaboration de mesures du rendement.

3.78 Le gouvernement fédéral doit fournir au Parlement de l'information adéquate sur la contribution qu'il verse aux provinces et aux territoires pour les soins de santé. Pour participer efficacement au débat actuel sur les soins de santé, il est nécessaire d'avoir une meilleure idée de la contribution fédérale à ce programme social, un programme qui, comme l'ont exprimé les Canadiens, aide à définir le pays.

À propos du suivi

Objectif

L'objectif de cette vérification de suivi était de déterminer les progrès accomplis par Santé Canada en vue de déterminer dans quelle mesure les efforts déployés par le gouvernement fédéral pour soutenir et surveiller la prestation des soins de santé :

- sont le reflet d'objectifs clairs;
- rendent compte adéquatement du rendement;
- facilitent les examens et les évaluations.

Étendue et méthode

La vérification de suivi était axée sur les recommandations présentées au chapitre 29 de notre rapport de 1999 : « L'appui fédéral à la prestation des soins de santé ». Santé Canada a entrepris un certain nombre d'initiatives nouvelles au cours des trois dernières années, initiatives que nous avons aussi examinées.

Nous avons étudié un rapport d'étape dans lequel le Ministère fait état des mesures qu'il a prises pour donner suite à nos recommandations. Nous avons effectué des entrevues en profondeur avec le personnel de Santé Canada qui participe à l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*, et avec des membres du personnel du ministère des Finances et du Bureau du Conseil privé. Nous avons également rencontré des parties intéressées et des employés de Santé Canada de certaines régions. Pour finir, nous avons examiné la documentation relative aux activités mentionnées.

Notre rapport présente les résultats obtenus dans les secteurs qui ont fait l'objet de la deuxième vérification.

Critères

Nous nous attendions à ce que Santé Canada ait réalisé des progrès satisfaisants à l'égard de la mise en œuvre de nos recommandations.

Les critères de la vérification de 1999 demeurent pertinents. En conséquence, nous nous attendions à observer les mesures suivantes :

- un engagement à établir un consensus entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux au sujet des objectifs, des rôles, des responsabilités et des normes;
- un processus permettant de recueillir de l'information sur le rendement et d'en rendre compte;
- un processus efficace et transparent permettant d'interpréter et d'appliquer la *Loi canadienne sur la santé*.

Cotes

Nous avons évalué les mesures prises par les ministères ou organismes au regard de nos recommandations initiales (voir la section intitulée « Message principal » au début du chapitre). Nous avons utilisé les cotes suivantes :

- **Mise en œuvre terminée.** Toutes les mesures correctives ont été mises en œuvre.
- **Progrès satisfaisants.** Les progrès sont accomplis à un rythme satisfaisant.
- **Progrès limités.** Certains progrès sont réalisés, mais la portée des mesures et/ou le rythme des progrès ne sont pas satisfaisants.
- **Aucun progrès.** Il n'y a aucune indication de progrès, même si le ministère ou l'organisme avait accepté la recommandation de la vérification initiale.
- **Recommandation rejetée.** Le ministère ou l'organisme n'avait pas accepté la recommandation de la vérification initiale.
- **Statut indéterminé.** On ne sait pas s'il y a eu progrès, ou on n'a pas d'information à ce sujet.

Équipe de vérification

Vérificatrice générale adjointe : Maria Barrados

Directrice principale : Patricia MacDonald

Directrice : Linda Anglin

Theresa Bach

Jacques Maziade

Pour obtenir de l'information, veuillez joindre le service des Communications, en composant le (613) 995-3708 ou le 1 888 761-5953 (sans frais).