

Chapitre 29

**L'appui fédéral à la prestation
des soins de santé**

Table des matières

	Page
Points saillants	29-5
Introduction	29-7
Le gouvernement fédéral joue un rôle important dans le domaine de la santé et des soins de santé	29-7
L'État a commencé à financer les soins de santé il y a une cinquantaine d'années	29-7
La prestation des soins de santé a évolué avec les années	29-11
Appui aux soins de santé et renouvellement de ceux-ci	29-13
Le Cadre de l'union sociale est le fondement d'un nouveau partenariat fédéral-provincial-territorial	29-13
Le Budget fédéral de 1999 prévoit des augmentations de fonds au titre de l'appui fédéral aux soins de santé	29-14
Objet de la vérification	29-14
Observations et recommandations	29-15
La Loi canadienne sur la santé	29-15
La <i>Loi canadienne sur la santé</i> : un symbole important pour les Canadiens	29-15
Respect de la Loi canadienne sur la santé	29-16
Santé Canada s'efforce d'appliquer la <i>Loi canadienne sur la santé</i> sans ingérence	29-16
Des sanctions financières ont été imposées à cause de surfacturation et de frais modérateurs	29-16
Certains cas de non-conformité restent en suspens	29-17
Santé Canada ne dispose pas de l'information nécessaire pour surveiller le respect de la Loi et rendre des comptes à ce sujet avec efficacité	29-18
Les rapports annuels présentés au Parlement comportent depuis longtemps des lacunes	29-19
Le Cadre de l'union sociale prévoit un processus pour éviter ou régler les différends	29-19
Évaluation ministérielle	29-21
L'évaluation avait une étendue limitée et les résultats ont été présentés en retard au Parlement	29-21
Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux	29-22
Les fonds destinés aux soins de santé ne sont pas distincts des fonds destinés aux autres programmes sociaux	29-22
Des nouveaux fonds sont affectés spécifiquement à la santé	29-22
Aucune exigence en matière de rapports n'a encore été précisée pour les nouveaux fonds	29-23
Information sur la santé	29-24
Des mesures de financement visent à répondre à une large gamme de besoins en matière d'information	29-24
Le gouvernement fédéral s'engage à rendre compte du rendement et de l'efficacité de ses propres programmes de santé	29-25

	Page
Renouvellement des soins de santé	29–26
Besoin reconnu de renouvellement	29–26
Le Fonds pour l’adaptation des services de santé et le Programme de soutien à l’infrastructure de la santé	29–27
Lacunes dans le processus de sélection des projets	29–27
Il sera difficile d’évaluer un certain nombre de projets financés	29–28
Conclusion	29–31
À propos de la vérification	29–32
Pièces	
29.1 Principaux jalons de l’évolution des soins de santé universels financés par l’État au Canada	29–8
29.2 <i>Loi canadienne sur la santé</i> – Raison d’être et exigences	29–10
29.3 Dépenses consacrées aux soins de santé au Canada, de 1990 à 1998	29–12
29.4 Transferts fédéraux aux provinces et aux territoires pour les soins de santé, l’enseignement postsecondaire, les services d’aide sociale et les services sociaux	29–15
29.5 Fonds pour l’adaptation des services de santé : critères de sélection et de classement des projets	29–28
29.6 Questions à couvrir dans l’évaluation de chaque projet financé par le Fonds pour l’adaptation des services de santé	29–29
29.7 Programme de soutien à l’infrastructure de la santé : critères d’admissibilité et de sélection	29–30



L'appui fédéral à la prestation des soins de santé

Points saillants

29.1 Le gouvernement fédéral n'est pas en mesure de déterminer le montant total qu'il verse pour les soins de santé. Les fonds fédéraux sont transférés globalement au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, ce qui donne aux provinces et aux territoires une marge de manoeuvre pour la répartition des fonds entre les soins de santé, l'enseignement postsecondaire, l'aide sociale et les services sociaux. Par conséquent, le Parlement et le grand public ne savent pas précisément à combien s'élève la contribution fédérale aux soins de santé.

29.2 Santé Canada s'efforce d'appliquer la *Loi canadienne sur la santé* sans ingérence. Cette approche n'a pas permis de régler rapidement les cas de non-conformité et les différends concernant l'interprétation de la *Loi*. Une nouvelle approche, fondée sur les dispositions de l'Entente-cadre sur l'union sociale, prévoit un processus pour éviter ou régler les différends.

29.3 Des lacunes dans les rapports annuels du Ministère au Parlement limitent leur utilité; le Parlement ne peut pas déterminer d'emblée dans quelle mesure chaque province ou territoire a satisfait aux conditions d'octroi et de versement de la *Loi canadienne sur la santé*. Lorsque le Ministère ne peut pas inclure cet élément d'information dans ses rapports, il devrait expliquer clairement la raison de cette absence.

Contexte et autres observations

29.4 La prestation des soins de santé est une responsabilité essentiellement provinciale-territoriale. Toutefois, le gouvernement fédéral applique une loi importante dans ce domaine : la *Loi canadienne sur la santé*. Pour un grand nombre de Canadiens, cette loi prévoit un système de soins de santé qui aide à définir notre pays. La *Loi* présente les soins de santé en tant que droit fondamental et décrit les caractéristiques du système.

29.5 La *Loi canadienne sur la santé* contient cinq conditions d'octroi, deux conditions de versement et des dispositions sur la surfacturation et les frais modérateurs. Pour qu'un gouvernement provincial ou territorial puisse toucher une pleine contribution pécuniaire du gouvernement fédéral, au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, il doit respecter toutes ces conditions et dispositions. Les cinq conditions d'octroi visent à permettre aux Canadiens de bénéficier d'un accès universel à un régime d'assurance-santé intégral dont la gestion est publique, peu importe leur lieu de résidence au Canada et même s'ils déménagent dans une autre province ou voyagent au Canada. Le régime les protège également lorsqu'ils voyagent à l'étranger, sous réserve de certaines restrictions. Selon les deux conditions de versement de la *Loi*, les provinces et les territoires sont tenus de communiquer au gouvernement fédéral les renseignements dont il peut normalement avoir besoin pour l'application de la *Loi*, et ils doivent reconnaître publiquement les transferts fédéraux.

29.6 Le gouvernement fédéral fournit du financement aux provinces, aux territoires et à d'autres organisations pour les aider à s'acquitter de leur mandat relatif aux soins de santé et d'activités liées à la santé. Santé Canada est responsable de l'application de la *Loi canadienne sur la santé* et de l'exécution de programmes de santé et d'autres programmes dans des domaines connexes, dont les initiatives récentes visant à moderniser les soins de santé et à améliorer l'information et les technologies en matière de santé.

29.7 Nous avons constaté que Santé Canada ne dispose pas de l'information nécessaire pour surveiller le respect de la *Loi* et rendre des comptes à ce sujet avec efficacité. La seule évaluation ministérielle effectuée sur ce plan avait une étendue limitée, et il a fallu cinq ans avant que ses résultats soient présentés au Parlement.

29.8 Le gouvernement fédéral finance plusieurs initiatives afin de répondre à une large gamme de besoins en matière d'information. L'information est un instrument vital pour la répartition des ressources et la production de rapports sur le rendement du système de santé. Les activités dans ce domaine présentent d'importants défis que devront relever avec prudence toutes les parties s'intéressant à l'information nationale sur la santé. En outre, Santé Canada devrait agir sans tarder pour rendre compte du rendement et de l'efficacité de ses programmes, comme il s'y est engagé.

29.9 Le gouvernement fédéral a créé le Fonds pour l'adaptation des services de santé afin d'aider les provinces et les territoires à lancer des projets pilotes qui leur permettront d'évaluer des moyens d'améliorer le système canadien de soins de santé. Il a aussi instauré le Programme de soutien à l'infrastructure de la santé pour aider les organismes qui fournissent des services de santé à mettre à l'essai des technologies de l'information et à évaluer plus à fond l'utilisation qu'ils en font. Nous avons constaté des lacunes dans la gestion des deux initiatives qui, selon nous, pourraient compromettre l'utilité de ces outils conçus pour aider les planificateurs à prendre des décisions éclairées en matière de prestation des soins de santé.

Les réponses de Santé Canada et du gouvernement fédéral à nos recommandations sont incluses dans le chapitre. Santé Canada a accepté de prendre des mesures correctives pour donner suite aux recommandations qui lui sont adressées. Le gouvernement fédéral s'engage à améliorer l'information en général mais il n'a pas répondu aux recommandations qui portent sur la présentation d'information précise.

Introduction

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

29.10 La prestation des soins de santé est considérée comme une responsabilité essentiellement provinciale-territoriale. Toutefois, le gouvernement fédéral en est arrivé à jouer un rôle important en ce domaine, dans l'ensemble du pays, en transférant des fonds aux provinces et aux territoires pour les aider à s'acquitter de leur mandat relatif aux soins de santé. Il fournit également des fonds aux particuliers et aux organisations, et participe à diverses activités liées à la santé, telles que la promotion de la santé, la protection de la santé, la prévention de la maladie et la recherche en santé.

29.11 En outre, le gouvernement fédéral fournit directement des services de soins de santé à certains groupes de la population, notamment aux Premières nations et aux Inuits, aux Forces canadiennes, aux anciens combattants, aux détenus des pénitenciers fédéraux et aux membres de la Gendarmerie royale canadienne. De plus, le gouvernement fédéral participe à la collecte, à l'analyse et à la diffusion de l'information relative à la santé.

L'État a commencé à financer les soins de santé il y a une cinquantaine d'années

29.12 À l'époque de la formation de notre confédération, la présence du gouvernement dans les services de soins de santé était minimale. Les soins de santé étaient largement perçus comme un domaine d'intérêt privé ou local. Jusqu'à la fin des années 40, la médecine privée dominait la scène canadienne des soins de santé, et l'accès à ceux-ci était essentiellement fondé sur la capacité de payer.

29.13 **La progression vers une assurance-santé nationale.** L'évolution vers des soins de santé universels et financés à l'aide des fonds publics a commencé en 1947 (la pièce 29.1 résume les principaux jalons de cette évolution). Cette année-là, la Saskatchewan instaure un régime d'assurance public pour les services hospitaliers, qui protège tous les habitants de la province sans égard à leur capacité de payer. En 1957, le gouvernement fédéral adopte la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* afin d'encourager l'instauration de régimes d'assurance-hospitalisation dans toutes les provinces. Par cette loi, le gouvernement fédéral offre de partager avec les provinces les coûts des services admissibles en payant environ 50 p. 100 de ceux-ci. Souscrivant à la condition de versement des fonds fédéraux, les provinces et les territoires s'engagent à mettre des services assurés à la disposition de tous leurs habitants, selon des modalités uniformes. En 1961, les dix provinces et les deux territoires avaient signé des ententes qui établissaient des régimes d'assurance publics offrant la protection universelle aux patients soignés en milieu hospitalier.

29.14 En 1962, la Saskatchewan étend l'assurance-santé publique aux services dispensés par les médecins en dehors des hôpitaux. En 1966, le gouvernement fédéral adopte la *Loi sur les soins médicaux*, en vertu de laquelle il paye environ la moitié des coûts des visites chez les médecins et des services dispensés par ceux-ci. Pour être admissibles au financement fédéral, les régimes d'assurance médicale provinciaux et territoriaux doivent satisfaire à quatre conditions : gestion publique du régime, transférabilité, universalité et accessibilité des services assurés. En 1972, toutes les provinces et les territoires avaient étendu leur régime d'assurance-santé aux services dispensés par les médecins.

Le gouvernement fédéral transfère des fonds aux provinces et aux territoires pour les aider à s'acquitter de leur mandat relatif aux soins de santé.

29.15 Également en 1966, le Régime d'assistance publique du Canada, programme fédéral-provincial de partage des coûts des services sociaux, entre en vigueur. Le Régime vise aussi les coûts de certains services de santé nécessaires aux personnes dans le besoin, mais non financés par l'intermédiaire des régimes d'assurance-santé publics. 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.

29.16 L'entrée en scène du financement global. Comme les montants transférés aux provinces et aux territoires étaient fonction des dépenses provinciales et territoriales pour les soins de santé (lesquelles étaient à la hausse), les ententes de partage des coûts se sont révélées onéreuses pour le gouvernement fédéral et les coûts, impossibles à prévoir. De leur côté, les provinces s'inquiétaient

Pièce 29.1

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.
1958–1961	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 elle 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.
1968–1972	Les provinces et les territoires adhèrent au programme national relatif aux soins médicaux.
1977	La <i>Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis</i> est promulguée. Le Financement des programmes établis comprend 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, instauré en même temps que le Financement des programmes établis.
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.
1999	Le Budget fédéral annonce une nouvelle entente quinquennale pour le financement du TCSPS.

Source : Santé Canada

de la rigidité de la formule de financement, dont l'application était limitée aux services dispensés par les hôpitaux et les médecins. En 1977, ces ententes de partage des coûts ont été remplacées par le Financement des programmes établis (FPE), mécanisme de transfert global qui combinait les transferts fédéraux pour les services hospitaliers et médicaux et les transferts fédéraux pour l'enseignement postsecondaire et le Programme des services complémentaires de santé.

29.17 Les transferts au titre du FPE étaient versés sous forme de paiements en espèces et de points d'impôt. Ils étaient calculés indépendamment des coûts que les soins de santé occasionnaient aux provinces, selon un montant égal par habitant qui pouvait être rajusté annuellement. Les fonds transférés étaient théoriquement affectés aux soins de santé à 67,9 p. 100 et à l'enseignement postsecondaire, à 32,1 p. 100.

29.18 **L'entrée en vigueur de la *Loi canadienne sur la santé*.** En 1984, en réaction à la crainte que la pratique de la surfacturation chez les médecins et l'imposition des frais modérateurs dans les hôpitaux ne créent un système à deux paliers qui compromette l'accessibilité des soins, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi canadienne sur la santé*. Celle-ci réaffirmait l'engagement fédéral à l'égard d'une assurance-santé universelle, accessible, intégrale, transférable et gérée publiquement.

29.19 La *Loi canadienne sur la santé* fusionne les lois antérieures sur l'assurance-hospitalisation et les soins médicaux. Elle clarifie les exigences applicables aux services de santé assurés et aux services de santé complémentaires, auxquelles doit satisfaire tout régime d'assurance-santé provincial ou territorial pour recevoir la pleine contribution pécuniaire du fédéral. La pièce 29.2 énonce la raison d'être de la *Loi*, les conditions d'octroi et de versement ainsi

que les dispositions additionnelles. Les cinq conditions d'octroi visent les services de santé assurés et les deux conditions de versement, les services de santé assurés et les services de santé complémentaires. Les dispositions s'appliquent à la surfacturation et aux frais modérateurs.

29.20 À partir du milieu des années 80 et jusqu'au milieu des années 90, le gouvernement fédéral a apporté un certain nombre de changements au FPE et bloqué les transferts afin de réduire et d'éliminer le déficit. Plus précisément, il a réduit le taux de croissance et gelé les transferts par habitant pour plusieurs années. En 1992, il a modifié de nouveau le FPE afin d'étendre les sanctions financières aux termes de la *Loi canadienne sur la santé* à d'autres transferts aux provinces et aux territoires.

29.21 **Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.** En 1996, le gouvernement fédéral a mis en place le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), en vue d'offrir, entre autres choses, une plus grande marge de manoeuvre aux provinces et aux territoires. Le TCSPS remplaçait le financement fédéral accordé à l'aide sociale et aux services sociaux, prévu par le Régime d'assistance publique du Canada, et les transferts fédéraux pour les soins de santé et l'enseignement postsecondaire, prévus par le FPE, par un financement global, tout en maintenant les principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Plus précisément, les provinces et les territoires devaient respecter les cinq conditions d'octroi, les deux conditions de versement et les dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs pour avoir droit au plein montant du transfert en espèces.

29.22 Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux est régi par la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et*

La *Loi canadienne sur la santé* a réaffirmé l'engagement fédéral à l'égard d'une assurance-santé universelle, accessible, intégrale, transférable et gérée publiquement.

Pièce 29.2

**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. **Prestation 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 sur 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, au titre 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, *Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé, 1997-1998*

les provinces, et ses objectifs sont les suivants :

- financer les programmes sociaux [...] en permettant aux provinces de jouir d'une plus grande flexibilité;
- appliquer les conditions et critères nationaux prévus par la *Loi canadienne sur la santé* [...] ainsi que les dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs;
- appliquer la norme nationale [...] prévoyant qu'aucun délai minimal de résidence ne peut être exigé ou permis en ce qui concerne l'assistance sociale;
- promouvoir les principes et objectifs communs [...] à l'égard de[s] programmes sociaux [...].

29.23 Les mesures législatives de 1996 ont réduit de 3 milliards de dollars les montants à transférer aux provinces et aux territoires en 1996–1997 pour les soins de santé, l'enseignement postsecondaire, l'aide sociale et les services sociaux (lesquels tombaient à 26,9 milliards de dollars), et de 1,8 milliard de dollars les montants à transférer en 1997–1998. Comme le FPE, le TCSPS prévoit un transfert uniforme de points d'impôt (applicable à l'impôt sur le revenu des particuliers et des sociétés) et un transfert en espèces, sujet à un minimum. Le transfert en espèces minimum a été établi à 11 milliards de dollars en 1996–1997, puis haussé à 12,5 milliards de dollars en 1997–1998, de sorte que la valeur totale des transferts au titre du TCSPS pour cet exercice a été portée à quelque 25,7 milliards de dollars. D'autres changements ont été annoncés ultérieurement dans le Budget fédéral de 1999 (voir le paragraphe 29.35).

La prestation des soins de santé a évolué avec les années

29.24 En 1997, le Premier ministre a lancé le Forum national sur la santé, une initiative qui avait pour mandat d'informer et de mobiliser les Canadiens

et de conseiller le gouvernement fédéral sur des moyens novateurs pour améliorer le système de santé. Lors du Forum, on a observé que la prestation des soins de santé au Canada subissait d'énormes pressions dues notamment à l'accroissement des dépenses, au vieillissement de la population, aux progrès rapides des sciences de la santé et des nouvelles technologies et aux modèles de pratique changeants, et que la prestation des soins de santé avait changé. Aujourd'hui, elle ne se limite plus aux services offerts dans les hôpitaux ou par les médecins. De plus en plus, des services sont dispensés en milieu communautaire et à domicile. Les provinces et les territoires ont commencé à relever ces défis. Ils craignent toutefois que les réductions de transferts fédéraux et les augmentations de coûts des dernières années n'aient limité leur capacité de rajustement.

29.25 Dépenses publiques et dépenses privées pour les soins de santé. Plus les soins sont dispensés à l'extérieur de l'hôpital, plus les consommateurs assument directement les coûts. Comme le montre la pièce 29.3, la part des dépenses de santé financée par le secteur privé croît régulièrement. En 1998, elle comptait pour environ 30,4 p. 100 du total des dépenses de santé. Parmi les pays du G-7, le Canada se classe aujourd'hui au deuxième rang, directement après les États-Unis, pour l'importance des dépenses de santé financées par le secteur privé. La pièce 29.3 montre également que le profil des dépenses de santé a changé profondément au cours de la dernière décennie. Si l'on considère l'ensemble des dépenses de santé, la part consacrée aux hôpitaux a décliné, alors que celle consacrée aux médicaments a augmenté. La part des dépenses publiques de santé consacrée aux soins à domicile a elle aussi augmenté.

29.26 Préoccupations actuelles en matière de santé et de soins de santé. L'un des principaux sujets de

Les Canadiens craignent beaucoup de ne pas avoir accès à une gamme complète de services de santé de qualité.

préoccupation sont les très larges écarts entre les provinces et territoires du Canada en ce qui concerne l'état de santé de la population en général et ce, pour la plupart des indicateurs de santé. Il existe également de larges écarts sur ce plan entre les régions d'une même province. De plus, les Rapports sur la santé des Canadiens et des Canadiennes de 1996 et de 1999, présentés par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, mentionnent que la norme de santé élevée qui est attribuée au Canada ne se retrouve pas dans tous les secteurs de la société canadienne. Les enfants, les jeunes et les Autochtones sont particulièrement vulnérables sur ce plan.

29.27 En outre, les Canadiens craignent beaucoup de ne pas avoir accès à une gamme complète de services de santé de

qualité. Selon une récente enquête, ils estiment qu'il est de plus en plus difficile de voir un médecin spécialiste ou un omnipraticien. La pénurie de médecins dans certaines régions du Canada rural est également préoccupante.

29.28 Enfin, il semble que les Canadiens contournent de plus en plus le système de santé public pour éviter les longues listes d'attente. Quelques provinces, par exemple, permettent aux établissements de santé privés d'imposer des frais pour certains services dispensés dans les établissements publics. On a également diffusé des reportages sur des Canadiens qui se rendent aux États-Unis pour obtenir plus rapidement les services dont ils ont besoin. Ces préoccupations et les pressions qui s'exercent sur la prestation des soins de santé témoignent d'un besoin de renouvellement.

Pièce 29.3

Dépenses consacrées aux soins de santé au Canada, de 1990 à 1998

	1990	1992	1994	1996	1998 ¹
Dépenses totales consacrées aux soins de santé (en milliards de dollars)	61,2 \$	70,0 \$	73,4 \$	75,2 \$	80,0 \$
Dépenses totales consacrées aux soins de santé, en pourcentage du PIB	9,0 %	10,0 %	9,6 %	9,2 %	9,1 %
Pourcentage des dépenses consacrées aux soins de santé assumé par l'État	74,6 %	74,2 %	72,1 %	70,2 %	69,6 %
Pourcentage des dépenses consacrées aux soins de santé assumé par le secteur privé	25,4 %	25,8 %	27,9 %	29,8 %	30,4 %
Répartition (en pourcentage) des dépenses consacrées aux soins de santé, selon leur affectation :					
Hôpitaux ²	39,3 %	38,4 %	36,2 %	34,4 %	33,5 %
Médecins	15,1 %	15,0 %	14,7 %	14,2 %	14,2 %
Médicaments	11,3 %	12,1 %	12,7 %	13,6 %	14,0 %
Autres dépenses	34,3 %	34,5 %	36,4 %	37,8 %	38,3 %
Dépenses consacrées par l'État aux soins à domicile, en pourcentage des dépenses consacrées aux soins de santé par l'État ³	2,3 %	2,6 %	3,4 %	3,8 %	4,0 %

¹ Prévisions

² Y compris les médicaments prescrits et les médicaments non prescrits utilisés dans les hôpitaux

³ Les pourcentages sont fondés sur les exercices 1990-1991 à 1998-1999

Sources : Institut canadien d'information sur la santé et Santé Canada

Appui aux soins de santé et renouvellement de ceux-ci

29.29 Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, « la politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre ». Selon cette politique, Santé Canada est responsable d'un éventail de programmes et d'initiatives visant les soins de santé et les secteurs connexes. Le Ministère est notamment responsable de l'application de la *Loi canadienne sur la santé* et de plusieurs initiatives récentes qui ont pour but de renouveler les soins de santé et d'améliorer l'information et la technologie dans le domaine de la santé, à savoir le Fonds pour l'adaptation des services de santé, le Programme de soutien à l'infrastructure de la santé et l'initiative pour une Route de l'information sur la santé.

29.30 L'application de la *Loi canadienne sur la santé* est la responsabilité de la Division de l'assurance-santé de Santé Canada, laquelle relève de la Direction générale des politiques et de la consultation. La Division a un personnel de 23 employés à temps plein et un budget de près de 1,5 million de dollars (chiffres de 1998-1999). Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), mécanisme qui permet les transferts fédéraux aux provinces et aux territoires pour les soins de santé, l'enseignement postsecondaire, l'aide sociale et les services sociaux, est administré par le ministère des Finances. Entre autres activités, Santé Canada surveille la conformité à la *Loi* et conseille le ministre de la Santé sur les questions de non-conformité et les possibilités de versement intégral des transferts aux provinces et aux territoires. Lorsque le Ministre autorise la retenue d'un montant, les fonctionnaires de Santé

Canada en informent leurs collègues des Finances, qui retiennent le montant sur le transfert en espèces.

29.31 Le Secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé, qui relève de la même direction générale, gère le Fonds pour l'adaptation des services de santé, programme de contributions de 150 millions de dollars créé en 1997. Il finance les projets pilotes qui visent à mettre à l'essai et à évaluer de nouveaux modèles ou méthodes en matière de prestation des soins de santé, ainsi qu'à évaluer des méthodes déjà utilisées mais n'ayant jamais fait l'objet d'un tel examen.

29.32 La Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité de Santé Canada a le mandat de promouvoir l'élaboration d'une stratégie nationale pour la mise en place d'une Infostructure canadienne de la santé. Elle gère le Programme de soutien à l'infrastructure de la santé, initiative biennale de dix millions de dollars dans le cadre de laquelle des contributions sont offertes aux organismes fournissant des services de santé pour faire des essais plus poussés des technologies de l'information dans leur domaine de compétence et en évaluer plus à fond l'utilisation. La Direction générale participe également au financement et à la surveillance de la mise en oeuvre de l'initiative pour une Route de l'information sur la santé, qui a pour but de répondre aux besoins d'information en matière de santé.

Le Cadre de l'union sociale est le fondement d'un nouveau partenariat fédéral-provincial-territorial

29.33 Lors de leur conférence annuelle de 1995, les premiers ministres provinciaux se sont engagés à mieux collaborer dans le domaine des politiques sociales. Pour donner suite à cet engagement, ils ont créé le Conseil des ministres sur la réforme et la refonte des politiques sociales, qui a pour mandat de définir les principes de l'union sociale

canadienne. Dans son rapport d'étape de 1996, le Conseil énonçait les principes qui devaient guider la réforme des politiques sociales et proposait un cadre de rééquilibrage des rôles et des responsabilités. En 1998, des négociations ont été amorcées avec le gouvernement fédéral en vue d'une entente-cadre sur l'union sociale canadienne.

29.34 Le 4 février 1999, le Premier ministre, les premiers ministres des provinces, à l'exception de celui du Québec, et les dirigeants des territoires ont signé l'Entente-cadre sur l'union sociale. Celle-ci constitue le fondement d'un nouveau partenariat entre les deux paliers de gouvernement pour l'atteinte de buts communs, à savoir un système solide et viable de services de santé, de services d'enseignement postsecondaire et de services sociaux. L'entente réaffirme l'engagement pris par les gouvernements de respecter les cinq conditions d'octroi de la *Loi canadienne sur la santé*. Elle offre également un processus à suivre pour éviter ou régler les différends intergouvernementaux sur l'interprétation des conditions de la *Loi canadienne sur la santé*.

Le Budget fédéral de 1999 prévoit des augmentations de fonds au titre de l'appui fédéral aux soins de santé

29.35 Selon le ministre de la Santé, le Budget fédéral de 1999 est le premier pas du gouvernement fédéral vers le rétablissement de la confiance des Canadiens dans leur système de soins de santé. Il fournit au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) un nouveau cadre de financement quinquennal, qui comporte des transferts supplémentaires aux provinces et aux territoires de 11,5 milliards de dollars pour les soins de santé. Les transferts pour les soins de santé, l'enseignement postsecondaire, l'aide sociale et les services sociaux atteindront un nouveau sommet en 2001–2002, dépassant ainsi le niveau

atteint avant les compressions financières de 1996–1997 (voir la pièce 29.4).

29.36 Le Budget prévoit également un investissement supplémentaire dans le domaine de l'information sur la santé, à partir du principe selon lequel il est essentiel d'améliorer cette information pour évaluer l'efficacité des services de santé et promouvoir la responsabilisation. Plus précisément, 95 millions de dollars seront versés à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) afin de renforcer sa capacité de communiquer régulièrement de l'information sur la santé des Canadiens et le fonctionnement du système de soins de santé. De plus, 43 millions de dollars seront affectés à une Initiative fédérale de responsabilisation dans le domaine de la santé, dans le cadre de laquelle Santé Canada rendra compte chaque année des dépenses, du rendement et des résultats de ses programmes et politiques.

Objet de la vérification

29.37 Notre vérification avait pour objet l'appui fédéral à la prestation des soins de santé. Nous avons examiné la manière dont Santé Canada met en oeuvre diverses initiatives fédérales ayant pour but d'appuyer la prestation et le renouvellement des soins de santé, notamment la *Loi canadienne sur la santé*, le Fonds pour l'adaptation des services de santé et le Programme de soutien à l'infrastructure de la santé. Nous avons examiné les transferts relatifs aux soins de santé qui sont versés aux provinces et aux territoires dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, lequel est administré par le ministère des Finances. Nous avons également examiné les efforts qui sont déployés actuellement pour améliorer l'information relative à la santé, les rapports sur le rendement et la reddition de comptes. La section **À propos de la vérification**, à la fin du chapitre, donne de plus amples détails sur l'étendue de la vérification, ses objectifs et ses critères.

Observations et recommandations

La Loi canadienne sur la santé

La Loi canadienne sur la santé : un symbole important pour les Canadiens

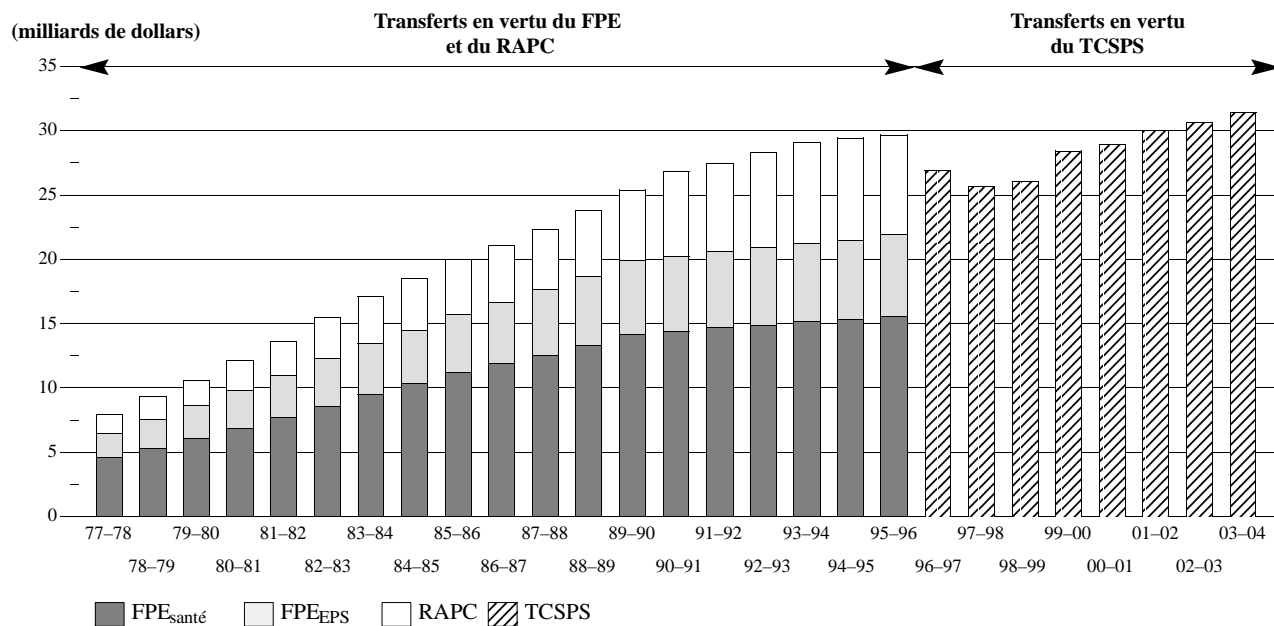
29.38 Pour un grand nombre de Canadiens, la *Loi canadienne sur la santé* prévoit un système de soins de santé qui aide à définir notre pays. Cette loi incarne les valeurs les plus représentatives du Canada; elle énonce un contrat social qui

définit les soins de santé en tant que droit fondamental et elle décrit les caractéristiques du système.

29.39 Bien que la prestation des soins de santé relève principalement des provinces et des territoires, c'est une loi canadienne qui établit des « principes » nationaux pour régir ces soins, ce qui témoigne de l'importance des soins de santé aux yeux des Canadiens. La *Loi canadienne sur la santé* comprend des conditions concernant les services de santé assurés et complémentaires, ainsi que des dispositions sur la surfacturation et les

Pièce 29.4

Transferts fédéraux aux provinces et aux territoires pour les soins de santé, l'enseignement postsecondaire, les services d'aide sociale et les services sociaux



Légende

FPE : Financement des programmes établis

FPE_{EPS} : Financement des programmes établis, portion affectée à l'enseignement postsecondaire

FPE_{santé} : Financement des programmes établis, portion affectée à la santé

RAPC : Régime d'assistance publique du Canada — Programme à frais partagés pour l'ensemble des activités de bien-être social et certains services de santé

TCSPS : Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux — Transfert d'un financement global pour appuyer les services de santé, l'enseignement postsecondaire, les services d'aide sociale et les services sociaux

Source : ministère des Finances

frais modérateurs. Les provinces et les territoires doivent respecter ces conditions et dispositions pour recevoir une pleine contribution pécuniaire du gouvernement fédéral. Les cinq conditions d'octroi visent à permettre aux Canadiens de bénéficier d'un accès universel à un régime d'assurance-santé intégral dont la gestion est publique, peu importe leur lieu de résidence au Canada et même s'ils déménagent dans une autre province ou voyagent au Canada. Le régime les protège également lorsqu'ils voyagent à l'étranger, sous réserve de certaines restrictions.

29.40 Lors de sondages, les Canadiens montrent systématiquement qu'ils accordent une grande importance aux soins de santé et que, selon eux, ces soins devraient être une priorité du gouvernement. Les sondages ont cependant révélé que des éléments comme la restructuration d'hôpitaux et les tentatives de renouvellement (ou la recherche de nouveaux modèles de prestation des soins) ont rendu beaucoup de Canadiens inquiets à propos de l'avenir des soins de santé et de la qualité des services.

Respect de la *Loi canadienne sur la santé*

Santé Canada s'efforce d'appliquer la *Loi canadienne sur la santé* sans ingérence

29.41 Exigences de la *Loi*. Santé Canada applique généralement la *Loi canadienne sur la santé* sans ingérence. Cette loi comprend néanmoins des exigences précises. Elle stipule que le ministre de la Santé doit surveiller dans quelle mesure les provinces et les territoires respectent les conditions d'octroi et de versement énoncées et faire rapport au Parlement à ce sujet tous les ans. De plus, la *Loi* exige que les provinces et les territoires respectent ses cinq conditions d'octroi, ses deux conditions de versement et ses

dispositions sur la surfacturation et les frais modérateurs pour recevoir une pleine contribution pécuniaire du gouvernement fédéral.

29.42 Mesures de conformité. Divers moyens sont utilisés pour favoriser la conformité aux dispositions de la *Loi* : éducation ou communication, incitatifs, autoréglementation, consultation, discussion, persuasion, négociation et sanctions. Ces moyens peuvent prendre la forme de pratiques, de politiques et de règlements.

29.43 Pour faire respecter les conditions d'octroi et de versement de la *Loi canadienne sur la santé*, Santé Canada a surtout recours à la discussion, à la négociation et à la persuasion. La *Loi* autorise le ministre de la Santé à employer deux types de sanctions financières. Des sanctions financières obligatoires sont imposées aux provinces et aux territoires qui permettent la surfacturation et les frais modérateurs. Les règlements exigent que les provinces et les territoires évaluent et déclarent le montant que représentent la surfacturation et les frais modérateurs au titre des services assurés pour leurs citoyens. Ces estimations sont souvent utilisées, après des discussions avec les provinces, pour calculer les déductions équivalentes à effectuer des paiements fédéraux aux provinces. Des sanctions financières discrétionnaires peuvent aussi être imposées par décret en cas de non-respect des cinq conditions d'octroi et des deux conditions de versement de la *Loi*. Celle-ci stipule que le décret promulgué pour réduire ou retenir une contribution pécuniaire tiendra compte « de la gravité du manquement ».

Des sanctions financières ont été imposées à cause de surfacturation et de frais modérateurs

29.44 Des sanctions financières obligatoires ont été imposées à quelques occasions pour dissuader les provinces de permettre la surfacturation et les frais modérateurs. Par exemple, de 1984

à 1987, environ 245 millions de dollars ont été retenus des contributions pécuniaires destinées à sept provinces. Comme le prévoit la *Loi*, cet argent a été retourné aux provinces une fois les frais directs éliminés. De 1992 à 1995, quelque deux millions de dollars ont été déduits des paiements de transfert à une province qui permettait la surfacturation. En vertu de la politique fédérale sur les cliniques privées, environ six millions de dollars au total ont été retenus depuis novembre 1995 de montants destinés à quatre provinces où les patients payaient des « frais d'établissements » pour des services médicalement nécessaires. L'une des provinces ne se conforme pas encore à la politique fédérale sur les cliniques privées et fait l'objet de sanctions financières de 4 780 \$ par mois.

Certains cas de non-conformité restent en suspens

29.45 Nous avons constaté que le gouvernement fédéral n'a jamais imposé de sanctions financières discrétionnaires aux provinces et aux territoires pour la non-conformité aux cinq conditions d'octroi de la *Loi canadienne sur la santé*. Pour faire appliquer ladite *Loi*, le gouvernement fédéral tente généralement d'employer une approche sans ingérence, en utilisant la discussion, la négociation et la persuasion.

29.46 Au cours des cinq dernières années, six cas de non-conformité ont été réglés selon cette approche. Les situations étaient variées : obligation pour des habitants d'une province de se procurer un numéro d'assurance sociale (NAS) pour être couverts par le régime d'assurance-santé public; perte par des habitants de leur couverture à cause du non-paiement de cotisations; et enfin, imposition de frais à des patients pour un service assuré fourni dans un cabinet de médecin. Il a fallu de 14 à 48 mois pour régler quatre de ces cas. Dans les deux autres cas, il s'est écoulé jusqu'à

cinq ans avant de les régler, sans que des sanctions ne soient imposées.

29.47 D'autres cas sont encore en suspens. Par exemple, selon Santé Canada, on pourrait considérer que cinq provinces enfreignent les dispositions sur les frais de services hospitaliers fournis à l'étranger (condition de transférabilité) de la *Loi canadienne sur la santé*. Cette condition prévoit que les paiements pour des services hospitaliers fournis à l'étranger doivent être calculés selon le montant qui aurait été versé pour des services similaires fournis dans la province du bénéficiaire. Toutefois, d'après Santé Canada, ces cinq provinces accordent des paiements à un taux inférieur au leur.

29.48 Santé Canada a constaté qu'une province ne respecte pas la condition de transférabilité pour les services médicaux fournis à l'extérieur de la province. Selon cette condition, les hôpitaux et les médecins qui fournissent des soins à des habitants d'autres provinces doivent être payés selon le taux en vigueur dans la province où les soins sont dispensés (province d'accueil). Cependant, pour les services médicaux, la province en question rembourse généralement les autres provinces selon son propre taux, qui est inférieur au taux d'autres provinces dans le cas de certains services. Des patients peuvent alors avoir à assumer la différence entre les taux.

29.49 D'autres cas possibles de non-conformité aux conditions d'intégralité et d'accessibilité ont fait l'objet d'amples discussions fédérales-provinciales-territoriales. Ces cas sont en suspens depuis plusieurs années.

29.50 L'approche utilisée par le gouvernement fédéral n'a pas permis le règlement rapide des cas mentionnés et de plusieurs autres. En outre, les préoccupations relatives à l'unité nationale compliquent les discussions dans ce domaine.

L'approche qu'utilise le gouvernement fédéral pour appliquer la *Loi canadienne sur la santé* n'a pas permis de régler rapidement les cas de non-conformité.

Santé Canada ne dispose pas de l'information nécessaire pour surveiller le respect de la *Loi* et rendre des comptes à ce sujet avec efficacité

29.51 Le Ministère a une attitude passive par rapport à la collecte de l'information nécessaire pour la reddition de comptes. Nous nous attendions à ce que Santé Canada soit doté d'un système de surveillance permettant de recueillir systématiquement les données provinciales et territoriales dont il a besoin pour rendre compte au Parlement de la mesure dans laquelle les provinces et les territoires respectent les conditions de la *Loi* dans le cadre de leurs régimes d'assurance-santé. Toutefois, nous avons constaté que le Ministère ne recueille pas ces données systématiquement.

29.52 Chaque année, les provinces et les territoires soumettent volontairement un compte rendu décrivant le fonctionnement de leur régime d'assurance-santé en rapport avec la *Loi*. Ils discutent de cette information avec Santé Canada avant de la publier. Cependant, aucun règlement n'exige qu'ils soumettent à Santé Canada des données particulières autres que des données sur la surfacturation et les frais modérateurs. Des règlements sur les exigences en matière d'information ont été rédigés en 1984, mais n'ont jamais été adoptés parce que les provinces et les territoires craignaient que leur application soit trop fastidieuse et coûteuse.

29.53 Nous avons constaté que les principales sources d'information consultées par la Division de l'assurance-santé pour surveiller les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux étaient des rapports d'employés régionaux, des lettres et des plaintes du public, des coupures de presse et d'autres comptes rendus médiatiques. La Division surveille aussi les modifications apportées aux lois provinciales et territoriales et signale et analyse les progrès dans la prestation des

soins sur la scène provinciale et territoriale, par exemple lorsqu'elle participe aux activités de groupes fédéraux-provinciaux-territoriaux ou examine les rapports de groupes provinciaux-territoriaux. De même, la Division accorde maintenant davantage d'attention aux questions touchant l'ensemble du système, suite à une évaluation en 1993 de ses activités de surveillance et de conformité. Toutefois, ces seules sources ne fournissent pas suffisamment d'information pour qu'il soit possible de bien surveiller et d'évaluer le degré de conformité.

29.54 Par exemple, selon la *Loi*, le régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire doit permettre l'accessibilité des services médicalement nécessaires. Le régime doit donc offrir, selon des modalités uniformes, un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux assurés. Toutefois, les sources d'information du Ministère ne fournissent pas de données détaillées et fiables sur divers éléments : listes d'attente, lieux où sont offerts les services, ratios lits d'hôpital/habitants, la mesure dans laquelle les Canadiens contournent le système et ont recours à des services privés, et conséquences. De telles données pourraient être utiles pour déterminer à quel point les régimes d'assurance-santé provinciaux respectent la condition d'accessibilité.

29.55 La condition d'intégralité exige que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux couvrent tous les services médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux et les médecins et, si autorisés, les services d'autres praticiens du secteur de la santé. Nous nous attendions à ce que le Ministère surveille activement les différences pour ce qui est des services que les provinces considèrent médicalement nécessaires aux fins d'inclusion ou de suppression de services dans la législation provinciale. Nous nous attendions aussi à ce que Santé Canada analyse la mesure dans laquelle

la condition d'intégralité est respectée et à ce qu'il présente ses conclusions au Parlement. Le Ministère mène des activités de contrôle et d'analyse, mais n'a présenté aucune constatation au Parlement.

Les rapports annuels présentés au Parlement comportent depuis longtemps des lacunes

29.56 Au cours des années précédentes, notre bureau a déjà signalé des faiblesses dans l'information que Santé Canada présente au Parlement dans ses rapports annuels sur l'application de la *Loi*. Lors de notre vérification de 1987 et du suivi que nous avons effectué en 1990, nous avons mentionné que ces rapports n'avaient pas précisé le degré de conformité général à la *Loi* ou la mesure dans laquelle chaque province avait satisfait aux cinq conditions d'octroi et aux deux conditions de versement, alors que l'article 23 de la *Loi* l'exigeait. Les rapports annuels s'attachaient plutôt à décrire en général chaque régime d'assurance-santé provincial et résumaient les déductions des paiements en espèces aux provinces qui avaient permis la surfacturation et les frais modérateurs.

29.57 Selon nous, les lacunes des rapports annuels limitent leur utilité; le Parlement ne peut pas déterminer d'emblée dans quelle mesure chaque province ou territoire a satisfait aux cinq conditions d'octroi et aux deux conditions de versement de la *Loi*. Il est cependant important de le déterminer, puisque les cas que Santé Canada soupçonne de non-conformité à la *Loi* ne sont pas réglés.

29.58 Santé Canada devrait établir la valeur des sources d'information qu'il consulte pour surveiller l'application de la *Loi canadienne sur la santé* et pour déterminer la mesure dans laquelle les provinces et les territoires ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement de la *Loi*.

Réponse de Santé Canada : *D'accord. Santé Canada évaluera le bien-fondé de ses sources d'information actuelles pour déterminer ce qui pourrait être fait pour renforcer sa capacité à surveiller l'application de la Loi canadienne sur la santé.*

29.59 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 *Loi canadienne sur la santé*. Lorsque le Ministère n'inclut pas cette information dans ses rapports, il devrait expliquer clairement la raison de cette absence.

Réponse de Santé Canada : *Santé Canada approuve cette recommandation et travaillera en collaboration avec ses partenaires des provinces et des territoires afin d'améliorer les rapports présentés au Parlement en ce qui a trait à la mesure dans laquelle les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement de la Loi canadienne sur la santé. Le Parlement recevra l'information et les explications pertinentes par l'entremise du rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé, à compter du rapport annuel de 1999-2000.*

Le Cadre de l'union sociale prévoit un processus pour éviter ou régler les différends

29.60 Le gouvernement fédéral reconnaît que l'interprétation et l'application des conditions de la *Loi canadienne sur la santé* est une source de friction dans les relations fédérales-provinciales. Il sait également qu'il ne peut pas régler des problèmes persistants sans la collaboration des provinces et des territoires. Il a donc déployé des efforts pour établir un processus visant à éviter ou à régler les différends.

Le Parlement ne peut pas déterminer d'emblée dans quelle mesure chaque province ou territoire a satisfait aux conditions d'octroi et de versement de la *Loi canadienne sur la santé*.

29.61 En septembre 1997, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé (sauf celui du Québec) ont convenu de créer un groupe de travail sur l'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé*, chargé d'étudier la possibilité d'établir un protocole et de le soumettre, le cas échéant, avant avril 1998. Le gouvernement fédéral jugeait approprié de créer un protocole favorisant l'ouverture et la transparence, mais se conservait le droit d'interpréter la *Loi*, de l'appliquer et de prendre les mesures nécessaires à cette fin. Les travaux sur le protocole ont été interrompus en 1998, en attendant les résultats des négociations sur le Cadre de l'union sociale. Le 4 février 1999, le Premier ministre du Canada ainsi que les premiers ministres des provinces et les dirigeants des territoires (sauf le Québec) ont signé l'Entente-cadre sur l'union sociale. Cette entente décrit la façon dont les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux uniront leurs efforts pour maintenir les programmes sociaux du Canada.

29.62 En ratifiant cette entente, les gouvernements se sont engagés à collaborer pour éviter ou régler les différends intergouvernementaux au sujet des programmes sociaux. L'entente stipule que, conformément aux dispositions législatives existantes, les mécanismes pour prévenir et régler les différends devront être simples, rapides, efficaces, efficients, transparents et adaptés aux besoins des différents secteurs et que des enquêtes conjointes seront menées pour établir les faits et permettre de régler les différends à l'amiable. Selon l'entente, les gouvernements devront rendre compte publiquement chaque année de la nature des différends intergouvernementaux et de la façon dont ils ont été résolus. Les efforts de prévention et de règlement des différends s'appliqueront à l'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé*. Il est également stipulé dans le document que les gouvernements devront entreprendre conjointement, avant la fin de la

troisième année de l'entente, une évaluation de sa mise en oeuvre.

29.63 Nous nous attendions à ce qu'un processus, décrit dans l'entente, soit utilisé pour aider à prévenir ou à régler les différends au sujet de l'interprétation et de l'application des cinq conditions d'octroi de la *Loi canadienne sur la santé*. Nous pensions aussi que ce processus serait conçu, comme il convient, pour faciliter le règlement de différends nouveaux ou existants à propos de l'interprétation de ces cinq conditions. Au moment de notre vérification, on n'avait pas utilisé ce processus pour régler les questions en suspens.

29.64 L'Entente-cadre sur l'union sociale représente une nouvelle formule qui resserre les liens de collaboration. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont fait un pas important en s'entendant sur une formule de collaboration plus ouverte. Il est important que le processus décrit dans l'entente soit utilisé de manière à promouvoir la collaboration dans les discussions que tiendront ultérieurement les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à propos des conditions d'octroi de la *Loi canadienne sur la santé*.

29.65 **Santé Canada, de concert avec les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, devrait s'inspirer de l'Entente-cadre sur l'union sociale et travailler à prévenir et à régler les différends concernant l'interprétation des conditions d'octroi de la *Loi canadienne sur la santé*, d'une manière qui soit conforme aux principes de l'entente.**

Réponse de Santé Canada : Santé Canada mettra en application les processus de l'Entente-cadre sur l'union sociale afin de collaborer avec les ministères de la santé des provinces et des territoires pour éviter ou régler les différends au sujet de l'interprétation des conditions de la Loi canadienne sur la santé.

Évaluation ministérielle

L'évaluation avait une étendue limitée et les résultats ont été présentés en retard au Parlement

29.66 En 1993, Santé Canada a évalué l'efficacité des efforts que déploie la Division de l'assurance-santé pour surveiller et évaluer la conformité des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé aux conditions d'octroi et de versement de la *Loi canadienne sur la santé*. Le rapport d'évaluation présentait l'interprétation de ces conditions par le Ministère et les questions s'y rattachant. De plus, il décrivait les procédures appliquées par la Division pour régler ces questions et évaluait leur pertinence.

29.67 L'évaluation portait notamment sur les procédures utilisées à la Division pour surveiller et évaluer le respect de la condition d'accessibilité de la *Loi*. Selon l'évaluation, la Division employait des méthodes de surveillance non interventionnistes, vu l'absence de règlements obligeant les provinces et les territoires à soumettre des données sur d'autres sujets que la surfacturation et les frais modérateurs. En général, la Division évaluait les cas possibles de non-conformité qui étaient portés à son attention au moyen de coupures de presse, d'autres comptes rendus médiatiques, de lettres et de plaintes du public. Toujours selon l'évaluation, il était difficile de déterminer l'efficacité des mesures de suivi prises par la Division pour connaître l'état du système de soins de santé, y compris les conséquences des nouvelles questions touchant les principes fondamentaux de la *Loi*.

29.68 Notre examen de l'évaluation nous a permis de constater qu'elle était axée seulement sur les activités de surveillance de la Division; l'évaluation ne cherchait pas à déterminer, par

exemple, si la *Loi* permettait bien aux Canadiens d'avoir un accès raisonnable aux services de santé à l'échelle du pays. En outre, Santé Canada n'avait pas consulté de gouvernements provinciaux ou territoriaux ni d'autres organisations (à une exception près) sur les activités de surveillance de la Division et les questions connexes. Nous avons constaté que les plans ministériels n'incluent pas, pour le moment, la réalisation de nouvelles évaluations qui porteraient sur ces questions et sur d'autres points.

29.69 Nous avons aussi noté que, bien que le rapport d'évaluation ait été terminé en 1993, ce n'est qu'en 1998 que les résultats de l'évaluation ont été transmis au Parlement dans le rapport ministériel sur le rendement présenté pour la période terminée le 31 mars 1998. La présentation du rapport à la haute direction à des fins d'approbation s'était effectuée avec beaucoup de retard. Ce retard s'expliquait par des discussions prolongées entre les évaluateurs, les gestionnaires de programmes et la haute direction à propos des incidences qu'aurait la diffusion publique du rapport d'évaluation une fois approuvé (vu les questions délicates abordées). En outre, le Ministère a pris assez de temps pour répondre officiellement aux constatations de l'évaluation. Ce n'est qu'à la fin de 1997 qu'a été soumis un plan de mise en oeuvre décrivant ce que le Ministère avait fait depuis l'évaluation de 1993 et les mesures qu'il entendait encore prendre.

29.70 **Santé Canada devrait s'assurer que toute évaluation future englobe les questions clés relatives à la *Loi canadienne sur la santé*. Le Ministère devrait également faire le nécessaire pour intégrer rapidement les résultats de ses évaluations dans les rapports sur le rendement qu'il soumet au Parlement.**

Réponse de Santé Canada : D'accord.

Le Parlement et le grand public ne connaissent pas précisément la part de la contribution fédérale qui sert aux soins de santé.

Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux

Les fonds destinés aux soins de santé ne sont pas distincts des fonds destinés aux autres programmes sociaux

29.71 Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) constitue le plus important transfert fédéral aux gouvernements provinciaux et territoriaux. Le TCSPS a été conçu de manière à fournir à ces gouvernements une certaine marge de manoeuvre pour la répartition des fonds transférés entre les soins de santé, l'enseignement postsecondaire, l'aide sociale et les services sociaux. Par suite du Budget fédéral de 1999, la valeur du Transfert canadien pour les provinces et les territoires devrait augmenter, passant de 28,4 milliards de dollars en 1999–2000 à 31,4 milliards en 2003–2004 (contributions pécuniaires et points d'impôt combinés).

29.72 L'état actuel et futur des soins de santé ainsi que le financement des soins par le gouvernement fédéral alimentent un important débat public depuis quelques années. Ainsi, le soutien que le gouvernement fédéral accorde à la prestation des soins de santé était au coeur des discussions sur le Cadre de l'union sociale. Cette question a reçu beaucoup d'attention lors des derniers débats budgétaires et a été étudiée par divers groupes de travail et coalitions. En fait, le principal sujet d'intérêt est l'évolution du financement des soins de santé, c'est-à-dire les diminutions ou les hausses de la contribution fédérale. Cependant, tous ces débats et discussions n'ont pas fait état de la part exacte de la contribution fédérale que les provinces et les territoires réservent à la prestation des soins.

29.73 Dans le cadre du TCSPS, le gouvernement fédéral accorde des transferts aux provinces et aux territoires

sous la forme d'une combinaison de contributions pécuniaires et de points d'impôt, pour les aider dans les domaines des soins de santé, de l'éducation postsecondaire, de l'aide sociale et des services sociaux. Toutefois, aucune distinction (même théorique) n'est faite entre les fonds destinés aux différents domaines. Le gouvernement fédéral soutient que la conception du TCSPS, qui se veut un financement global, reflète une décision stratégique de fournir aux provinces et aux territoires une plus grande souplesse dans la répartition des fonds fédéraux. Il en résulte, cependant, que le Parlement et le grand public n'ont pas une idée précise de la part de la contribution fédérale qui sert aux soins de santé. De plus, le gouvernement fédéral ne peut préciser quel est vraiment son apport total au financement des soins de santé.

29.74 Nous nous attendrions à ce que le gouvernement fédéral puisse renseigner les Canadiens sur sa contribution aux soins de santé. Le gouvernement fédéral estime que le débat public sur l'importance de son appui aux soins de santé serait sans doute facilité si l'on précisait, théoriquement ou par voie législative, la répartition des fonds du TCSPS, selon les secteurs. À ses yeux, toutefois, les éléments stratégiques en faveur d'un financement global ont plus de poids.

Des nouveaux fonds sont affectés spécifiquement à la santé

29.75 Comme nous l'avons souligné au paragraphe 29.35, le Budget de 1999 annonçait une augmentation de 11,5 milliards de dollars en cinq ans au titre de l'appui fédéral accordé aux soins de santé au moyen du TCSPS. Sur ce montant, huit milliards de dollars seront ajoutés à la partie pécuniaire du TCSPS; 3,5 milliards en espèces ont été versés de façon ponctuelle dans le TCSPS en 1998–1999 et mis à la disposition des provinces et des territoires pour les trois années subséquentes.

29.76 Selon la *Loi d'exécution du Budget de 1999*, les fonds supplémentaires sont accordés spécialement pour assurer le respect des conditions d'octroi et de versement de la *Loi canadienne sur la santé*, ainsi que pour aider à fournir à la population canadienne le meilleur système de santé possible et à favoriser son accès à de l'information sur le système de santé.

Aucune exigence en matière de rapports n'a encore été précisée pour les nouveaux fonds

29.77 S'il est précisé clairement que les nouveaux fonds annoncés pour les soins de santé doivent être utilisés pour appuyer ce secteur et rendre l'information sur la santé accessible aux Canadiens, aucune exigence précise n'a été établie quant aux comptes à rendre à propos des fonds supplémentaires au titre du TCSPS annoncés dans le Budget.

29.78 Sans exigences précises en matière d'information et de rapports, il sera difficile de déterminer et d'évaluer à quel point l'investissement supplémentaire a aidé les provinces et les territoires à régler des préoccupations immédiates au sujet, par exemple, des délais d'attente et de l'engorgement des salles d'urgence. Il sera aussi difficile d'évaluer si, dans une perspective à long terme, cet investissement a permis de renouveler les soins de santé et de mieux les adapter aux besoins changeants des Canadiens en matière de santé.

29.79 **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.**

Réponse du gouvernement fédéral :

Le gouvernement fédéral fournit des renseignements complets sur ses propres dépenses directes dans le domaine de la santé par le truchement du Budget principal des dépenses et du site Web de Santé Canada. Il donne également de tels

renseignements (dans des brochures budgétaires, sur le site Web du ministère des Finances et dans le Budget principal des dépenses) sur les paiements de transfert aux provinces et aux territoires qui servent, dans le cas du TCSPS, à appuyer les dépenses provinciales et territoriales en matière de soins de santé, d'éducation postsecondaire, d'aide sociale et de services sociaux.

Bien que le TCSPS laisse aux provinces et aux territoires une marge de manoeuvre pour qu'ils répartissent les fonds selon ce qu'ils jugent approprié, tous les fonds du TCSPS servent à assurer le maintien de la Loi canadienne sur la santé. Le gouvernement fédéral étudiera des options visant à améliorer l'information sur les soins de santé, mais ne croit pas qu'une répartition théorique des fonds du TCSPS soit nécessaire ni souhaitable, pour les raisons ayant mené à la structure actuelle.

29.80 **Le gouvernement fédéral devrait collaborer avec les provinces et les territoires pour déterminer les exigences en matière d'information et de rapports au sujet de l'utilisation des fonds supplémentaires, qui sont fournis précisément dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux pour soutenir les soins de santé et la diffusion d'information sur la santé aux Canadiens.**

Réponse du gouvernement fédéral :

Le gouvernement fédéral collabore avec les provinces et les territoires afin d'améliorer l'établissement de rapports sur le système de soins de santé en général. En ce qui a trait à l'augmentation des fonds du TCSPS annoncée dans le Budget de 1999, les premiers ministres provinciaux se sont entendus, lors de leur réunion de février 1999 avec le Premier ministre, pour investir tous les nouveaux fonds accordés au titre du TCSPS dans les services et les programmes de santé essentiels, en respectant les priorités de leur propre gouvernement dans le secteur

Le besoin d'améliorer l'information sur la santé et d'en transmettre davantage est généralement reconnu.

de la santé. Ils ont également décidé de travailler conjointement pour rendre les soins de santé aussi efficaces que possible et faire en sorte que la population canadienne ait accès à l'information portant sur le système de santé. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux travaillent à plusieurs initiatives tels les rapports sur le système de santé, en vue d'améliorer la collecte des données et d'offrir de l'information exacte sur la santé de la population canadienne et le rendement du système de santé.

Information sur la santé

29.81 L'information sur la santé est un autre secteur où le gouvernement fédéral investit considérablement pour appuyer la prestation des soins de santé. Le besoin d'améliorer l'information sur la santé et d'en transmettre davantage est généralement reconnu. Il est essentiel de disposer d'une telle information pour répartir les sommes consacrées à la santé de la manière la plus bénéfique possible pour la santé. Cette information est aussi capitale pour éprouver la rentabilité de nouveaux modes de prestation des soins et évaluer l'efficacité de nouveaux traitements et techniques. Enfin, elle est nécessaire pour la reddition de comptes, c'est-à-dire pour renseigner le public sur l'efficacité du système de santé et la santé de la population canadienne.

29.82 En 1991, le Groupe de travail national sur l'information en matière de santé a signalé que l'information au Canada était déplorable. En réponse à ces constatations, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a été mis sur pied en 1994. Cet institut est une organisation indépendante sans but lucratif, financée principalement par les provinces et le gouvernement fédéral. Son rôle consiste à créer et à gérer un vaste système d'information sur la santé d'envergure nationale.

Des mesures de financement visent à répondre à une large gamme de besoins en matière d'information

29.83 Le concept d'information sur la santé a différentes significations pour divers intervenants. Par exemple, les provinces et les territoires ont besoin de renseignements sur les priorités en matière de santé et l'état de santé de leur population. Les planificateurs des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé utilisent l'information pour décider de la répartition des ressources des soins de santé, c'est-à-dire pour prendre des décisions éclairées dans ce domaine, fondées sur des éléments probants. L'information sur la santé sert aussi à renseigner le public sur le rendement des systèmes de santé. Le soutien que le gouvernement fédéral accorde aux provinces pour la prestation des soins de santé sert aussi à appuyer leurs travaux d'amélioration de l'information sur la santé. Le gouvernement fédéral s'engage aussi à obtenir l'information dont il a besoin pour rendre compte de ses propres programmes.

29.84 Le gouvernement fédéral appuie plusieurs initiatives visant à fournir une meilleure information pour répondre aux besoins variés des fournisseurs de soins, des autres paliers de gouvernement et du grand public. Par exemple, il s'est engagé dans son budget de 1999 à verser 95 millions de dollars en quatre ans à l'Institut canadien d'information sur la santé, pour la mise en oeuvre de son initiative pour une Route de l'information sur la santé. Ce projet doit renforcer la capacité de l'Institut à présenter régulièrement des rapports sur la santé des Canadiens et le fonctionnement du système de soins de santé, à fournir des données exhaustives et fiables aux fournisseurs de soins et à tous les paliers de gouvernement, et à mieux rendre compte au public de l'efficacité du système de santé.

29.85 Grâce à une subvention de 95 millions de dollars de Santé Canada,

l'ICIS collaborera avec les provinces, les territoires et d'autres parties pendant les quatre prochaines années afin d'obtenir un consensus sur les indicateurs de santé qui doivent être mesurés, d'établir des normes relatives aux données, de combler les principales lacunes en matière d'information et d'acquiescer les capacités nécessaires pour recueillir et analyser des données, puis les diffuser aux parties intéressées. Une partie de la subvention (20 millions de dollars) est affectée à l'Initiative sur la santé de la population canadienne, qui réunit Santé Canada, l'ICIS et Statistique Canada et vise à combler des lacunes sur le plan de l'analyse et de la communication des données sur la santé des Canadiens. Une autre partie, soit 28 millions de dollars, sera utilisée pour l'Enquête sur la santé de la communauté canadienne dirigée par Statistique Canada.

29.86 En recevant la subvention, l'ICIS a accepté que ses travaux soient suivis selon un plan d'évaluation dressé au cours de la première année. Une copie du rapport d'évaluation sera fournie au ministre de la Santé. Conformément aux exigences en matière de protection des renseignements personnels et de confidentialité, l'ICIS remettra également à Santé Canada les données recueillies grâce à l'initiative pour une Route. Enfin, l'ICIS publiera un rapport annuel sur le projet, où il exposera les objectifs de l'année, précisera dans quelle mesure il les a atteints et présentera ses autres réalisations.

29.87 L'ICIS a déjà commencé à consulter les parties intéressées et a dressé une liste préliminaire d'indicateurs de santé. Ces indicateurs représentent un important premier pas vers l'établissement d'un système national d'information sur la santé. Le premier rapport public sur le projet devrait être publié en avril 2000.

29.88 Les travaux de création d'une « infrastructure » nationale de la santé ont débuté. Sur plusieurs plans, ces travaux

présentent d'importants défis que doivent relever avec prudence toutes les parties s'intéressant à l'information nationale sur la santé.

29.89 L'harmonisation des bases de données et des systèmes d'information existants, qui sont variés, éparpillés et souvent incompatibles, sera une tâche complexe et coûteuse. Cette harmonisation est toutefois essentielle à l'atteinte des objectifs ambitieux de l'initiative.

29.90 L'un des rôles cruciaux de Santé Canada consistera à mobiliser tous les intervenants (gouvernements, hôpitaux, organismes sans but lucratif, médecins et autres). Tous ces intervenants devront travailler assidûment à créer et à entretenir un esprit de collaboration. Santé Canada peut jouer un rôle directeur sur ce plan. Il peut aussi assumer un rôle déterminant dans le développement des capacités, en finançant des projets choisis avec soin qui visent à aider les organisations à élargir le bassin de données fiables. C'est d'ailleurs essentiel pour se doter d'une solide information sur la santé. Santé Canada pourra aussi contribuer au maintien de la dynamique déjà établie et encourager les provinces et les autres intervenants à tenir leurs engagements.

29.91 Tous les intervenants devront gérer leurs activités de manière judicieuse et rationnelle pour veiller à ce que les systèmes d'information qui résulteront de l'initiative, possiblement à grands frais, leur donnent les résultats souhaités et cela, à un coût raisonnable.

Le gouvernement fédéral s'engage à rendre compte du rendement et de l'efficacité de ses propres programmes de santé

29.92 Le Budget de 1999 annonçait aussi l'affectation de 43 millions de dollars à l'Initiative fédérale de responsabilisation. Dans le cadre de cette initiative, Santé Canada s'engage à rendre compte davantage aux Canadiens du rendement de ses propres programmes

de santé. Ainsi, il établira des paramètres et des indicateurs pour mesurer son rendement. À partir de l'an 2000, il présentera des rapports annuels sur le rendement et les résultats de ses programmes et politiques, ainsi que sur les dépenses s'y rattachant. La mise en oeuvre de cette importante initiative permettra à Santé Canada de mieux évaluer l'efficacité de ses programmes de santé et de faire des ajustements au besoin.

29.93 Le Ministère a créé une nouvelle direction pour cette initiative, mais son effectif n'était pas complet au moment de notre vérification. La direction n'avait donc pas encore les capacités nécessaires pour entreprendre le projet. En outre, elle n'avait pas encore décidé de la façon dont l'information sur les comptes à rendre serait présentée, et des types de données à présenter.

29.94 **Santé Canada devrait envisager sans tarder les options lui permettant de rendre compte des dépenses, du rendement et des résultats de ses programmes, comme il s'y est engagé.**

Réponse de Santé Canada : Santé Canada appuie fortement l'idée de mieux rendre compte à la population canadienne du rendement de ses programmes. Le Ministère s'applique à définir plus clairement les objectifs, les résultats clés prévus ainsi que les mesures de rendement pour ce qui est des principaux programmes et services de santé offerts à la population canadienne. De plus, le Ministère travaille présentement à l'amélioration de sa capacité à soutenir la prise de décisions, fondées sur des éléments probants, au sein de Santé Canada, dans l'ensemble du système de santé et parmi la population canadienne. Le Ministère s'est engagé à présenter des rapports aux Canadiens et aux Canadiennes sur le rendement de ses programmes.

Renouvellement des soins de santé

Besoin reconnu de renouvellement

29.95 Des facteurs tels que les changements démographiques, la restructuration des hôpitaux et la disponibilité de nouveaux traitements et de nouvelles technologies ont exercé de nouvelles pressions sur le système de soins de santé. Ils ont également suscité des efforts pour renouveler la prestation des soins de santé. Le renouvellement comporte la recherche de manières nouvelles et plus efficaces de fournir des services de soins de santé. Il suppose également qu'on s'écarte de la prestation des soins en milieu hospitalier et par des médecins pour se rapprocher d'un modèle incluant la prestation des soins à l'extérieur des établissements. Ce changement d'orientation représente une augmentation de la dépendance à l'égard des soins à domicile et des autres formes de soins communautaires ainsi que des autres fournisseurs de soins de santé.

29.96 Dans son rapport de 1997, le Forum national sur la santé indiquait que la clé d'une restructuration fructueuse consistait à maintenir le financement public des soins de santé et, quand c'est pertinent, à l'élargir. De l'avis du Forum, il fallait réorganiser le système de soins de santé pour garantir le financement des soins médicalement nécessaires, quelle que soit la personne qui les fournisse et quel que soit l'endroit où ils sont prodigués.

29.97 Le Forum a cerné trois secteurs (soins à domicile, assurance-médicaments et soins primaires) où il serait possible de travailler à la création d'un système plus intégré, d'un système qui finance les soins plutôt que leur fournisseur ou l'établissement où ils sont donnés. Le Forum recommandait que le gouvernement appuie l'acquisition des connaissances ainsi que la collecte et la diffusion de l'information dont les planificateurs de soins de santé ont besoin

pour prendre des décisions éclairées dans ces domaines. Le Forum recommandait plus précisément que le gouvernement établisse un fonds pluriannuel qui servirait à financer des projets pilotes comportant une évaluation et des recherches solides, à financer des évaluations des projets existants, à diffuser les résultats des projets et à promouvoir la mise en oeuvre des modèles les meilleurs selon les évaluations. D'après le Forum, il fallait aussi explorer le rôle que la technologie de l'information pourrait jouer.

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé et le Programme de soutien à l'infrastructure de la santé

29.98 En réponse à la recommandation du Forum, le Budget fédéral de 1997 annonçait deux initiatives : le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) et le Programme de soutien à l'infrastructure de la santé (PSIS). Nous constatons, dans la gestion de ces initiatives, des faiblesses qui pourraient, selon nous, compromettre l'utilité comme instruments pour aider les planificateurs à prendre des décisions éclairées, fondées sur des éléments probants, à propos de la prestation des soins de santé.

29.99 Fonds pour l'adaptation des services de santé. Il s'agit d'un programme de contributions doté de 150 millions de dollars pour une période de quatre ans. Sur ce montant, 120 millions ont été réservés à des projets parrainés par les provinces et les territoires. Les 30 millions qui restent ont été attribués au financement de projets pilotes nationaux et aux évaluations de ces projets, à trois conférences nationales (soins à domicile, assurance-médicaments et information sur la santé), au fonctionnement du Secrétariat du FASS et à la diffusion des résultats des projets dans tout le Canada.

29.100 Le FASS a pour objectif d'aider les provinces et les territoires à

entreprendre des projets qui leur permettront d'évaluer des moyens d'améliorer le système de soins de santé du Canada. Le gouvernement fédéral croit que la modernisation du système est essentielle si l'on veut qu'il soit viable et réponde aux besoins actuels et futurs des Canadiens en matière de santé. Le FASS finance des projets pilotes conçus pour mettre à l'essai et évaluer de nouveaux modèles ou méthodes en matière de prestation de soins de santé et pour évaluer les méthodes existantes qui n'ont pas encore été évaluées. Les extrants des projets seront l'information ou les leçons apprises qui pourront être utilisées pour améliorer la prestation des services de soins de santé. Jusqu'à maintenant, environ 130 projets ont été approuvés en deux étapes. Ils comprennent, par exemple, un projet d'évaluation des répercussions de l'intégration des services de santé sur les personnes âgées et un projet d'évaluation de la qualité de vie des enfants qui reçoivent de la chimiothérapie à domicile, comparativement à celle des enfants qui en reçoivent dans un hôpital.

Lacunes dans le processus de sélection des projets

29.101 Le Conseil du Trésor a approuvé, en 1997, l'établissement du Fonds pour l'adaptation des services de santé. Il a approuvé son financement sous réserve de plusieurs conditions, dont l'une voulait que Santé Canada signale au Secrétariat du Conseil du Trésor toute modification notable des critères essentiels proposés pour la sélection et le classement des projets (voir la pièce 29.5) ainsi que toute modification notable des mécanismes d'administration du Fonds. Nous nous attendions à ce que les projets choisis satisfassent à tous ces critères. Santé Canada a élaboré des guides pour l'évaluation des projets, mais il n'y a pas inclus tous les critères essentiels de sélection. En conséquence, deux des critères de sélection n'ont pas toujours été pris en considération dans l'examen des projets. Nous avons également constaté

Les critères de sélection approuvés par le Conseil du Trésor n'ont pas été appliqués uniformément dans le choix des projets à financer.

que les critères de classement n'avaient pas été appliqués de façon uniforme. Nous n'avons trouvé aucune preuve que le Secrétariat du FASS ait signalé cela au Secrétariat du Conseil du Trésor.

29.102 Les critères de sélection et de classement ont une importance cruciale dans l'examen approfondi des projets proposés pour le FASS. Ces critères constituent le mécanisme propre à maximiser les chances que les projets fourniront une information et des orientations valables aux décideurs qui cherchent de nouvelles méthodes de fournir des services de soins de santé. Selon nous, l'utilité et l'efficacité du Fonds ont été compromises parce que certains des projets choisis ne sont peut-être pas les plus propres à satisfaire à ses critères et à atteindre ses objectifs.

Il sera difficile d'évaluer un certain nombre de projets financés

29.103 L'utilité des projets du FASS dépendra aussi directement de la qualité du volet relatif à leur évaluation parce que la production et le partage de l'information découlant des évaluations sont essentiels au FASS. Par ailleurs, la

qualité de cette information déterminera en grande partie la capacité des planificateurs et des fournisseurs de soins de santé à appliquer les stratégies les plus prometteuses de renouvellement des soins de santé.

29.104 Chaque projet devait comprendre un volet évaluation. Un cadre définissant le volet pour tous les projets a été élaboré. Ce cadre exigeait que les évaluations englobent quatre aspects : rentabilité; qualité des services (y compris la satisfaction des clients); conséquences pour la santé; transférabilité (des résultats des projets ou des leçons apprises à d'autres provinces ou à d'autres milieux). Ces quatre aspects devaient être couverts par six questions (voir la pièce 29.6).

29.105 Vu l'importance des évaluations pour la réussite du FASS, nous pensions que les projets comprendraient un plan d'évaluation reflétant les exigences stipulées dans le cadre. Nous avons pris au hasard 40 projets approuvés et nous avons évalué dans quelle mesure les six questions étaient couvertes dans les plans d'évaluation. Nous avons constaté que trois des projets approuvés ne comportaient aucun plan d'évaluation. Parmi les plans d'évaluation des 37 autres

Pièce 29.5

Fonds pour l'adaptation des services de santé : critères de sélection et de classement des projets

Sources : Secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada

Principaux critères de sélection des projets

- Appuyer au moins l'un des domaines prioritaires établis par les administrations fédérale, provinciales et territoriales.
- Être pertinent du point de vue national (c'est-à-dire que le projet fournira des leçons et des preuves qui présenteront un intérêt pour les autres provinces et territoires).
- Prévoir que le modèle pilote se soldera par une réforme pragmatique, efficace et efficiente.
- Éviter les doublons avec des projets qui bénéficient d'un financement fédéral.
- Être conforme aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne les services assurés.
- Témoigner d'une aptitude manifeste à réaliser le projet.
- Assurer l'application de critères d'évaluation de projets conformes.
- Prévoir un plan de diffusion des résultats.

Critères de classement des projets qui satisfont aux principaux critères de sélection

- Importance pour les systèmes de santé des provinces ou des territoires
- Attention aux inégalités en matière de santé
- Mesure dans laquelle le projet vise à améliorer la santé et le bien-être de la population

projets, neuf couvriraient seulement quatre questions ou moins (sans expliquer pourquoi certaines questions n'étaient pas couvertes).

29.106 Étant donné que le plan d'évaluation de plusieurs des projets de notre échantillon était incomplet, il pourrait se révéler difficile de déterminer si ces projets contribuent sensiblement à l'atteinte d'un objectif clé du FASS, notamment l'évaluation des mérites d'une gamme de méthodes innovatrices de prestation des soins de santé. Le Ministère doit s'assurer que l'information nécessaire est recueillie au moyen de la surveillance et de l'évaluation des projets.

29.107 Programme de soutien à l'infrastructure de la santé. Ce programme présentait des faiblesses similaires à celles que nous avons constatées pour le FASS. Instauré en 1997, le Programme de soutien à l'infrastructure de la santé (PSIS) est un programme de contributions à frais partagés, doté de 10 millions de dollars. Il offre une aide financière aux organismes fournissant des services de soins de santé afin qu'ils fassent des essais plus poussés des technologies de l'information et qu'ils en évaluent plus à fond leur utilisation. C'est

l'un des éléments clés de l'approche utilisée par le fédéral pour promouvoir l'élaboration d'une infrastructure canadienne intégrée de la santé. Au total, 36 projets ont été approuvés en vertu de ce programme, dont un projet pour établir des télécommunications par satellite avec des collectivités éloignées qui ont besoin d'examen aux ultrasons. Un autre projet vise à concevoir, à élaborer, à mettre en oeuvre et à soumettre à des essais une base centralisée de données sur la pathologie fournies par des laboratoires ontariens qui font l'étude de prélèvements de tumeurs.

29.108 En 1997, le Conseil du Trésor a approuvé les modalités du programme, y compris les critères d'admissibilité et de sélection (voir la pièce 29.7). Tout comme pour les projets du FASS que nous avons examinés, nous avons constaté que les critères de sélection et d'admissibilité approuvés par le Conseil du Trésor n'avaient pas tous été appliqués uniformément lors du choix des projets à financer. L'un des critères de sélection n'a été pris en considération dans aucun cas parce que le Ministère croyait qu'il désavantagerait les petites organisations qui soumettaient des propositions.

Qualité des services

- Quels effets ce modèle ou programme a-t-il sur la qualité des services ou des soins offerts?
- Quels effets ce modèle ou programme a-t-il sur l'accessibilité des services de santé?
- De quelles façons ce modèle ou programme favorise-t-il l'intégration des autres composantes du système et la coordination entre les autres intervenants?

Impacts ou effets sur la santé

- Quels types de changements votre projet a-t-il entraînés pour la santé du groupe ciblé, et sur quoi avez-vous fondé ces conclusions?

Rentabilité

- Comment le modèle à l'essai ou le programme évalué a-t-il contribué à rendre le service plus rentable que celui utilisé actuellement dans la région ou la province?

Transférabilité et possibilité de généralisation

- Quelles leçons avez-vous tirées de l'application et de la mise à l'essai de ce modèle ou programme et lesquelles pourraient être utiles à d'autres secteurs de compétence, régions ou programmes?

Pièce 29.6

Questions à couvrir dans l'évaluation de chaque projet financé par le Fonds pour l'adaptation des services de santé

Sources : Secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada

29.109 Pour être admissible en vertu du PSIS, chaque projet devait comporter un plan d'évaluation couvrant six aspects : rentabilité; conséquences pour la santé; conséquences pour l'organisation et la prestation des services; répercussions sur les processus de planification, les structures et le financement; répercussions sur les services; transférabilité des résultats des projets et possibilité d'appliquer les projets dans d'autres milieux ou avec d'autres groupes.

29.110 Nous avons constaté que les lignes directrices générales fournies aux requérants éventuels aux termes du PSIS demandaient un plan détaillé pour l'évaluation des résultats. Toutefois, elles ne stipulaient pas que les évaluations devaient couvrir les six aspects

mentionnés ci-dessus. Nous avons pris au hasard, pour notre examen, 12 projets approuvés. Deux d'entre eux ne comportaient aucun plan d'évaluation. Les plans d'évaluation de six des dix autres projets couvraient seulement la moitié ou moins des aspects mentionnés. Parce que l'évaluation des résultats des projets est un élément critique qui n'a pas été traité adéquatement, nous croyons que l'utilité du PSIS a été compromise.

29.111 Santé Canada devrait s'assurer que tous les projets financés dans le cadre de ses programmes de contributions satisfont aux critères approuvés par le Conseil du Trésor.

Réponse de Santé Canada : D'accord.

Pièce 29.7

Programme de soutien à l'infrastructure de la santé : critères d'admissibilité et de sélection

Admissibilité au programme

- Groupes et organismes non gouvernementaux et sans but lucratif qui oeuvrent au Canada.

Critères d'admissibilité

- Adoption accélérée des services de réseau de pointe.
- Lien direct avec la prestation de services de santé.
- Amélioration de la santé des Canadiens.
- Conforme à la *Loi canadienne sur la santé*.
- Envergure nationale ou peut le devenir.
- Comprend un cadre d'évaluation détaillé des résultats.
- Comprend un plan de diffusion à grande échelle des résultats.

Critères de sélection des projets après l'application des critères d'admissibilité

- Le degré d'innovation du projet.
- La capacité du requérant (et des partenaires du projet) de mener à bien le travail.
- L'interopérabilité et la variabilité dimensionnelle des technologies liées aux diverses applications de service.
- La mesure dans laquelle les technologies nécessaires ont fait leurs preuves.
- La mesure dans laquelle le projet s'aligne sur les besoins des usagers plutôt que sur la technologie disponible.
- La mesure dans laquelle le projet repose sur les applications propres au secteur de la santé.
- La capacité du projet d'avoir une incidence marquée sur la santé des Canadiennes et des Canadiens.
- Le degré de participation d'un partenaire du secteur privé et la possibilité de commercialisation des résultats du projet au Canada.

Source : Santé Canada

29.112 Santé Canada devrait s'assurer que les évaluations de projets réalisés aux termes du Fonds pour l'adaptation des services de santé ou du Programme de soutien à l'infrastructure de la santé contiennent l'information nécessaire pour appuyer des innovations au chapitre de la prestation des soins de santé, fondées sur des éléments probants.

Réponse de Santé Canada : D'accord.

Conclusion

29.113 Bien que la prestation des soins de santé soit considérée comme relevant principalement des provinces et des territoires, le Canada a une loi sur les soins de santé, la *Loi canadienne sur la santé*, qui fixe des principes nationaux. Elle prévoit un système de soins de santé qui aide à définir notre pays et qui symbolise les valeurs de la nation.

29.114 Santé Canada applique généralement la *Loi* sans ingérence. Toutefois, cette approche n'a pas permis le règlement rapide des questions de non-conformité et d'interprétation des conditions de la *Loi*. Le Ministère doit établir la valeur des sources d'information qu'il consulte pour surveiller l'application de la *Loi* et pour déterminer la mesure dans laquelle les provinces et les territoires ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues par la *Loi*. Il doit également, de concert avec les provinces et les territoires, s'inspirer de l'Entente-cadre sur l'union sociale et travailler à prévenir et à régler les différends concernant l'interprétation des conditions de la *Loi canadienne sur la santé*, et ce, de façon coopérative, transparente et conforme aux principes de l'entente.

29.115 Les lacunes dans l'information que Santé Canada fournit dans ses rapports annuels au Parlement à propos

de l'application de la *Loi canadienne sur la santé* sont un problème de longue date. En outre, la seule évaluation ministérielle dans ce domaine avait une étendue limitée et les résultats ont été communiqués au Parlement avec un retard très considérable.

29.116 Le gouvernement fédéral doit envisager diverses options pour améliorer l'information sur la contribution totale qu'il accorde aux provinces et aux territoires pour les soins de santé. Il doit également collaborer avec les provinces et les territoires afin de déterminer les exigences en matière d'information et de rapports au sujet de l'utilisation des fonds supplémentaires, qui sont fournis précisément en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux pour soutenir les soins de santé et la diffusion d'information sur la santé aux Canadiens.

29.117 L'initiative pour une Route de l'information sur la santé représente de grands défis que tous ceux qui s'intéressent à l'information sur la santé nationale doivent relever avec prudence. Santé Canada doit aussi envisager sans tarder diverses solutions possibles pour honorer son engagement à rendre compte de ses propres programmes.

29.118 Enfin, Santé Canada doit s'assurer que tous les projets financés par ses programmes de contributions satisfont aux critères approuvés par le Conseil du Trésor et que l'évaluation des projets réalisés grâce au Fonds pour l'adaptation des soins de santé et au Programme de soutien à l'infrastructure de la santé réunit l'information nécessaire pour appuyer la prise de décisions éclairées pour le renouvellement des soins de santé. Il est essentiel de moderniser le système de soins de santé pour qu'il soit viable et qu'il puisse répondre aux besoins actuels et futurs des Canadiens en matière de santé.



À propos de la vérification

Objectifs

Nous avons entrepris la vérification afin de fournir au Parlement de l'information sur l'appui fédéral accordé aux soins de santé en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* et le fonctionnement de cet appui, ainsi que sur les initiatives et les efforts fédéraux pour appuyer la prestation et le renouvellement des soins de santé. Nos objectifs étaient les suivants :

- déterminer dans quelle mesure les efforts fédéraux pour appuyer, surveiller et renouveler la prestation des soins de santé :
 - correspondent à des objectifs clairs,
 - permettent de rendre compte adéquatement du rendement,
 - facilitent l'examen et le renouvellement.
- déterminer si les projets approuvés en vertu du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) et du Programme de soutien à l'infrastructure de la santé (PSIS) sont conformes aux critères de ciblage et de sélection des projets.

Étendue et méthode

La vérification a porté sur les initiatives et les instruments fédéraux destinés à appuyer la prestation et le renouvellement des soins de santé, notamment la *Loi canadienne sur la santé* (et les transferts aux provinces et aux territoires pour les soins de santé en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux), le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) et le Programme de soutien à l'infrastructure de la santé (PSIS). Nous avons examiné l'application de la *Loi canadienne sur la santé* ainsi que la portée de la surveillance effectuée et des rapports présentés par Santé Canada. Nous avons examiné l'étude et l'approbation des projets en vertu du Fonds pour l'adaptation des services de santé et du Programme de soutien à l'infrastructure de la santé, et nous avons fait l'analyse détaillée d'un échantillon de 40 projets du FASS et de 12 projets du PSIS. Nous avons également examiné les efforts qui sont déployés actuellement pour améliorer l'information relative à la santé, les rapports sur le rendement et la reddition de comptes. Nous avons eu des discussions avec des membres de l'effectif du Ministère et avec certains fonctionnaires provinciaux engagés dans la prestation des soins de santé ainsi qu'avec des représentants du ministère des Finances, de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé. En outre, nous avons examiné le rapport final du Conseil consultatif sur l'infrastructure de la santé, la récente Entente-cadre sur l'union sociale, le Budget fédéral de 1999 et d'autres documents.

Nous n'avons pas examiné certains éléments majeurs de l'initiative relative à l'infrastructure canadienne de la santé, notamment le Système d'information sur la santé des Premières nations, l'Infostructure nationale de surveillance de la santé et le Réseau canadien de la santé. Nous avons examiné l'élaboration de l'Infostructure nationale de surveillance de la santé dans le cadre de notre vérification de la surveillance nationale de la santé, dont nous avons présenté les résultats dans notre rapport de septembre 1999.

L'information quantitative présentée dans ce chapitre est tirée de sources gouvernementales et non gouvernementales ou de bases de données ministérielles. Nous nous sommes assurés de sa vraisemblance mais nous ne l'avons pas vérifiée.

Critères

Nous nous attendions à trouver ce qui suit :

- un processus transparent d'interprétation et de mise à exécution de la *Loi canadienne sur la santé*;
- un engagement à obtenir un consensus entre le gouvernement provincial et les gouvernements provinciaux et territoriaux sur les objectifs, les rôles, les responsabilités et les normes;
- des critères de sélection des projets pour le Fonds pour l'adaptation des services de santé et le Programme de soutien à l'infrastructure de la santé qui soient compatibles avec l'atteinte des objectifs de ces programmes et qui soient appliqués de façon efficiente dans l'approbation des projets;
- des procédures pour mesurer le rendement et en rendre compte;
- une tribune pour l'examen et le renouvellement.

Équipe de vérification

Vérificatrice générale adjointe : Maria Barrados

Directeur principal : Ronnie Campbell

Directeur : Gerry Chu

Doreen Deveen

Odette Madore

Anil Risbud

Glenn Wheeler

Pour obtenir de l'information, veuillez communiquer avec M. Ronnie Campbell.