



**REMANIER LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ DU CANADA :
LES RAPPORTS D'UN COMITÉ SÉNATORIAL
ET D'UNE COMMISSION ROYALE**

Nancy Miller Chenier
Division des affaires politiques et sociales

Le 2 décembre 2002

**PARLIAMENTARY RESEARCH BRANCH
DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE**

La Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
CONTEXTE	1
A. Mandats.....	1
B. Processus.....	2
C. Rapports.....	2
LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ	3
A. Financement.....	3
B. Supervision à l'échelle nationale.....	4
C. Initiatives particulières.....	6
D. Ressources humaines	8
E. Technologie.....	10
F. Autres éléments.....	11
L'IMPORTANCE DES DEUX RAPPORTS.....	11
LES PROCHAINES ÉTAPES.....	12



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

REMANIER LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ DU CANADA : LES RAPPORTS D'UN COMITÉ SÉNATORIAL ET D'UNE COMMISSION ROYALE

CONTEXTE

Les Canadiens peuvent maintenant examiner les options présentées dans deux grandes études du système de soins de santé du Canada, réalisées l'une par une commission royale⁽¹⁾ et l'autre par un comité sénatorial⁽²⁾. Le présent document résume les questions auxquelles les deux groupes se sont intéressés, analyse brièvement l'importance de leurs rapports et présente les étapes qui pourraient suivre⁽³⁾.

A. Mandats

Au début du printemps 2000, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, présidé par le sénateur Michael Kirby, a tenu ses premières audiences publiques sur l'état du système de soins de santé canadien. Puis, en avril 2001, la population canadienne a assisté au lancement d'une deuxième grande étude sur la question lorsque le gouvernement fédéral a institué la Commission royale sur l'avenir des soins de santé, dont il a confié la présidence à Roy Romanow. Le Comité sénatorial était autorisé à examiner « les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de soins de santé au Canada; l'historique du système de soins de santé au Canada; les systèmes de soins de santé dans d'autres pays; le système de soins de santé au Canada – pressions et contraintes; le rôle du

-
- (1) Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, Ottawa, novembre 2002 (http://rapportfinal.commissionsoinsdesante.ca/pdf/CSS_Rapport_Final.pdf).
 - (2) Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral : Rapport final*, Ottawa, octobre 2002 (<http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/repoct02vol6-f.htm>).
 - (3) J'ai profité dans la préparation de ce document du travail de fond effectué par mes collègues Howard Chodos, Michael Dewing, Megan Furi et Odette Madore.

gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada ». De son côté, la Commission royale avait pour mandat « de faire enquête et d'entreprendre un dialogue avec les Canadiens sur l'avenir du système de soins de santé publique du Canada, et de recommander les politiques et les mesures en respectant la répartition des compétences et des pouvoirs au Canada, qui sont nécessaires pour assurer à long terme la viabilité d'un système de soins de santé universellement accessible et financé sur les deniers publics, offrant des services de qualité aux Canadiens et réalisant un équilibre convenable entre les investissements visant la prévention des maladies et le maintien de la santé, d'une part, et ceux visant les soins et le traitement des maladies, d'autre part ».

B. Processus

Les deux groupes ont produit des documents provisoires afin de susciter un débat continu et de stimuler la présentation d'autres points de vue. Le Comité sénatorial a élaboré un document de questions et options en septembre 2001, lequel constituait l'un de ses cinq rapports de fond, tandis que la Commission royale a publié un rapport provisoire en février 2002, lequel a été suivi de multiples documents de discussion et rapports de consultation. Le Comité sénatorial a produit son rapport final sur l'état du système de soins de santé du Canada en octobre 2002, et la Commission royale a rendu public son rapport final sur l'avenir des soins de santé au Canada en novembre 2002.

C. Rapports

Les divers rapports publiés par le Comité sénatorial et la Commission royale ont beaucoup aidé à alimenter le débat sur les soins de santé au Canada. Dans son rapport final, le Comité sénatorial dit estimer avoir formulé « un plan d'action détaillé et concret qui ne mette pas trop l'accent sur les questions de gouvernance ni sur les structures intergouvernementales ». Il établit dans ce plan le coût de ses recommandations, y propose une formule précise pour générer des recettes et y précise clairement les changements que chacun des principaux groupes intéressés – Canadiens, professionnels de la santé, gouvernements provinciaux et fédéral – vont devoir apporter. La Commission royale voudrait que ses recommandations « servent de jalons pour guider les Canadiens dans leurs efforts en vue de réformer et de renouveler leur système de santé » et pour définir les interventions requises dans 10 secteurs essentiels, à l'échelle nationale et internationale.

LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

Il n'est pas étonnant que les deux groupes se soient souvent intéressés aux mêmes questions et qu'ils aient adressé plusieurs recommandations similaires au gouvernement fédéral. Les deux font valoir que, dans sa forme actuelle, eu égard à la demande et aux ressources existantes, le système de soins de santé du Canada n'est pas viable. Les deux préconisent le maintien d'un régime public.

Une des principales divergences observées tourne autour du rôle du secteur privé dans la prestation des soins de santé. La Commission royale indique clairement que les services de santé directs (médicaux, chirurgicaux et diagnostiques) doivent être fournis par des entités publiques ou privées sans but lucratif. Le Comité sénatorial opte pour la neutralité sur la question, estimant que les entités privées à but lucratif sont elles aussi capables de se soumettre à un contrôle des prix et de la qualité et, comme c'est actuellement le cas, ne devaient pas être interdites.

Chacune des sections qui suivent comprend un tableau qui résume les principales recommandations proposées dans les deux rapports à l'égard des questions auxquelles se sont intéressés les deux groupes, notamment celles qui exigent l'intervention du gouvernement fédéral. En outre, les tableaux font ressortir les principaux points d'accord et de divergence.

A. Financement

Si les deux groupes demandent qu'on injecte davantage de deniers publics, les approches qu'ils ont adoptées diffèrent, ainsi que leur analyse des besoins de financement global. La Commission royale propose que les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires soient financés à même une assiette fiscale nationale, sur les recettes générales, de manière à répartir les coûts. Elle recommande un nouveau Transfert canadien en matière de santé distinct des autres programmes sociaux. Ce Transfert devrait correspondre au moins à 25 p. 100 des coûts assumés par les provinces et les territoires au titre des soins assurés et inclure un facteur de progression fixé à l'avance pour des périodes quinquennales. À court terme, pour les deux prochaines années, la Commission royale propose la création de fonds ciblés : Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées (1,5 milliard de dollars), Fonds des services diagnostiques (1,5 milliard de dollars), Transfert en matière de soins primaires (2,5 milliards de dollars),

Transfert en matière de soins à domicile (2 milliards de dollars) et Transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments (1 milliard de dollars).

Adoptant une approche légèrement plus complexe, le Comité sénatorial propose d'accroître le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) pour financer le système en place. Il souligne qu'une somme supplémentaire de 1,5 milliard de dollars pourrait être ajoutée si le gouvernement fédéral réservait chaque année la moitié des recettes tirées de la TPS. Il recommande aussi de consacrer un montant additionnel de 5 milliards de dollars à des programmes particuliers en créant un fonds réservé aux soins de santé, grâce aux recettes générées par une prime nationale variable au titre de la santé. La contribution supplémentaire annuelle de 5 milliards du gouvernement fédéral couvrirait l'augmentation de la couverture pour les soins à domicile post-hospitalisation, les médicaments dont le coût est exorbitant, la restructuration nécessitant un apport technologique, les immobilisations, la réforme des soins primaires, la promotion et la protection de la santé, les ressources humaines et la recherche.

COMITÉ SÉNATORIAL	COMMISSION ROYALE
<p>Créer un fonds réservé aux soins de santé, distinct du Trésor.</p> <p>Instituer une prime nationale variable au titre de la santé pour générer les recettes nécessaires au niveau fédéral.</p> <p>Augmenter considérablement la contribution en espèces au TCSPS, en y réservant éventuellement la moitié des recettes totales générées par la TPS.</p> <p>Corriger la part de chaque province et territoire de la contribution annuelle du gouvernement fédéral pour tenir compte, d'une manière ou d'une autre, du poids démographique de la population âgée de 70 ans et plus.</p>	<p>Établir un nouveau Transfert canadien en matière de santé, strictement pécuniaire et assorti d'un facteur de progression fixé à l'avance pour des périodes de cinq ans.</p> <p>Fournir un financement ciblé pour les deux prochaines années, de manière à établir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un nouveau Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées; • un nouveau Fonds des services diagnostiques; • un Transfert en matière de soins primaires; • un Transfert en matière de soins à domicile; • un Transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments.

B. Supervision à l'échelle nationale

Les deux groupes considèrent les soins de santé comme une entreprise nationale qui nécessite une supervision et une collaboration à l'échelle nationale. Reconnaissant que la *Loi canadienne sur la santé* encadre l'approche nationale, les deux acceptent ses principes tout en

demandant des éclaircissements, mais certaines différences existent entre les deux groupes. La Commission royale, qui considère que le financement qu'elle préconise doit relever de la *Loi*, croit qu'il est possible d'ajouter un sixième principe à cette dernière, soit l'obligation des gouvernements de rendre compte aux Canadiens des résultats obtenus. En revanche, le Comité sénatorial considère que la plus grande partie du financement supplémentaire ne devrait pas relever de la *Loi canadienne sur la santé*. Pour ce qui est de l'accès aux soins de santé à l'intérieur de certains délais, le Comité sénatorial propose une garantie de soins de santé, alors que la Commission royale a ajouté cette question aux critères qu'elle propose pour un Pacte canadien sur la santé. La Commission royale recommande l'instauration d'un Conseil de la santé du Canada pour faciliter la collaboration et favoriser le leadership sur le plan national. Le Conseil proposé a des points communs avec le Conseil national des soins de santé et le Comité national de coordination des ressources humaines de la santé recommandés par le Comité sénatorial. Ce dernier envisage aussi l'établissement d'un Comité permanent sur la couverture de l'assurance-santé publique qui serait chargé d'examiner les services assurés et d'élaborer des normes pour les décisions touchant la couverture.

COMITÉ SÉNATORIAL	COMMISSION ROYALE
<p>Verser 10 millions de dollars par année afin de financer le travail d'un Commissaire national aux soins de santé et d'un Conseil national des soins de santé pour l'accomplissement d'activités comme la production d'un rapport annuel sur l'état du système de soins de santé et sur l'état de santé des Canadiens et la prestation de conseils au gouvernement fédéral au sujet de la répartition des nouveaux fonds.</p> <p>Exiger que les provinces et les territoires fassent rapport annuellement à la population canadienne sur l'utilisation des sommes fédérales provenant du fonds réservé aux soins de santé et soumettre ce fonds à des vérifications annuelles du vérificateur général du Canada.</p> <p>Fixer et rendre public un délai d'attente maximum tenant compte des besoins pour chaque type d'intervention ou de traitement majeur et demander à l'assureur (le gouvernement) de payer pour que le patient puisse immédiatement faire des démarches afin de subir l'intervention ou le traitement en question ailleurs au Canada ou, au besoin, à l'étranger, une fois ce délai expiré (ce que le Comité appelle la garantie de soins de santé.)</p>	<p>De concert avec les gouvernements provinciaux et les territoires, créer un Conseil de la santé du Canada pour faciliter la collaboration et susciter un leadership national.</p> <p>Demander au Conseil de la santé d'établir des indicateurs communs et de mesurer le rendement; d'établir des repères, de recueillir de l'information et de faire rapport publiquement sur les initiatives visant à améliorer la qualité, l'accès et les résultats; de coordonner les activités exercées pour évaluer les technologies de la santé.</p> <p>À plus long terme, demander au Conseil d'exercer une fonction de consultation et de coordination pour la transformation des soins de santé primaires, l'élaboration de stratégies nationales pour les travailleurs de la santé et le règlement des différends dans le cadre d'une <i>Loi canadienne sur la santé</i> actualisée.</p>

COMITÉ SÉNATORIAL	COMMISSION ROYALE
<p>Établir, en collaboration avec les provinces et les territoires, un Comité permanent sur la couverture de l'assurance-santé publique chargé d'examiner les services et de recommander au Conseil national des soins de santé ceux qui doivent être couverts par l'assurance-santé publique.</p> <p>Accorder un financement annuel supplémentaire de 50 millions de dollars à l'Institut canadien d'information sur la santé et verser annuellement 10 millions de dollars au Conseil canadien d'agrément des services de santé afin d'établir un système national d'évaluation de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé et de faciliter ainsi la tâche du Commissaire national aux soins de santé.</p>	<p>Établir un nouveau Pacte canadien sur la santé qui serait une déclaration commune exprimant l'engagement des Canadiens et de leurs gouvernements à l'égard d'un système de santé universellement accessible et financé par l'État.</p> <p>Utiliser le nouveau Fonds des services diagnostiques pour améliorer l'accès aux services de diagnostic médicalement nécessaires et faire appel au Conseil de la santé du Canada (proposé) pour évaluer et intégrer ces services de manière appropriée.</p> <p>Faire appel au Conseil de la santé du Canada (proposé) pour suivre les progrès accomplis par les gouvernements des provinces et des territoires pour ce qui est de réduire les listes d'attente, et en faire rapport.</p>

C. Initiatives particulières

Les deux groupes évaluent, souvent en employant des approches analogues et quelquefois des formules différentes, les difficultés liées à la mise en œuvre de la réforme des soins primaires, à la suppression des obstacles aux soins à domicile et à l'allègement des coûts des médicaments sur ordonnance. Au sujet des soins primaires, le Comité sénatorial préconise une aide financière pour la création d'équipes multidisciplinaires de premier recours et demande une affectation annuelle de 50 millions de dollars sur le financement supplémentaire du fédéral. La Commission royale propose d'utiliser le Transfert en matière de soins primaires, qui est de 2,5 milliards de dollars sur deux ans, comme moyen d'accélérer les progrès pour ce qui est de la continuité des soins, de la détection et de l'intervention précoces, de l'amélioration de l'information sur les besoins et les résultats et des incitatifs au changement. Pour ce qui est des soins à domicile, la Commission royale suggère que le Transfert de 2 milliards de dollars en matière de soins à domicile s'applique aux cas de santé mentale, aux soins en phase post-aiguë et aux services de soins palliatifs. Le Comité sénatorial alloue annuellement une somme de 550 millions de dollars aux soins à domicile en phase post-aiguë et de 250 millions aux soins palliatifs, en puisant dans les deux cas dans les nouveaux fonds fédéraux. En ce qui concerne les coûts des médicaments, la Commission royale indique qu'il faudrait que toute la couverture des

médicaments sur ordonnance finisse par relever de la *Loi canadienne sur la santé*. En revanche, elle propose un transfert spécial initial d'un milliard de dollars pour un programme lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments. De son côté, le Comité sénatorial propose que le gouvernement fédéral investisse chaque année 500 millions de dollars pour assumer les coûts des médicaments sur ordonnance dépassant un certain seuil. Comme les initiatives relatives aux soins à domicile et aux soins palliatifs, cette suggestion déborderait le cadre de la *Loi canadienne sur la santé*.

COMITÉ SÉNATORIAL	COMMISSION ROYALE
SOINS PRIMAIRES	
<p>Continuer de travailler avec les provinces et les territoires pour réformer la prestation des soins primaires et accorder un soutien financier continu aux projets réalisés dans le cadre de la réforme en vue de créer des équipes multidisciplinaires de premier recours.</p> <p>Puiser un montant de 50 millions de dollars par année dans les nouvelles recettes pour aider les provinces à constituer des groupes de premier recours.</p>	<p>Utiliser le Transfert en matière de soins primaires comme moyen d'accélérer la mise en œuvre des soins de santé primaires.</p> <p>Faire parrainer par le Conseil de la santé du Canada (proposé), d'ici deux ans, un Sommet national sur les soins de santé primaires et faire jouer au Conseil un rôle de premier plan au chapitre du suivi des progrès accomplis et de la reddition de comptes.</p>
SOINS À DOMICILE	
<p>Établir un nouveau programme national de soins à domicile en phase post-aiguë, financé à parts égales avec les provinces et les territoires.</p> <p>Cofinancer à parts égales avec les provinces et les territoires un programme national de soins palliatifs à domicile conçu par les provinces et les territoires.</p> <p>Étudier la possibilité de permettre que des prestations d'assurance-emploi soient versées pendant une période de six semaines pour couvrir les congés familiaux pris pour prodiguer des soins palliatifs et d'élargir les mesures fiscales déjà existantes pour ces soins.</p> <p>Modifier le <i>Code canadien du travail</i> de façon à permettre aux employés de s'absenter dans les situations de crise familiale, favoriser de telles modifications aux codes provinciaux du travail et protéger les emplois des fonctionnaires fédéraux qui s'occupent d'un proche mourant.</p>	<p>Utiliser le nouveau Transfert proposé en matière de soins à domicile pour appuyer l'élargissement de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> afin d'y inclure les services de soins à domicile médicalement nécessaires dans les secteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • prise en charge des cas de santé mentale et des services d'intervention; • soins à domicile pour les patients en phase post-aiguë, y compris la couverture de la gestion des médicaments et des services de réadaptation; • services de soins palliatifs à domicile dispensés au cours des six derniers mois de vie d'une personne. <p>Charger Santé Canada et Développement des ressources humaines Canada d'élaborer des propositions pour offrir un soutien direct aux aidants naturels.</p>

COMITÉ SÉNATORIAL	COMMISSION ROYALE
COUVERTURE DES MÉDICAMENTS	
<p>Mettre en place un programme visant à protéger les Canadiens contre les dépenses exorbitantes en médicaments sur ordonnance et payer, pour tous les régimes admissibles, 90 p. 100 des dépenses en médicaments sur ordonnance dépassant 5 000 \$ dans le cas des personnes dont le total des dépenses personnelles non remboursables et de la contribution de la province ou du territoire à leur égard est supérieur à 5 000 \$ au cours d'une année.</p> <p>Demander aux provinces et aux territoires de faire en sorte qu'aucune famille dans une province ou un territoire n'ait à payer de sa poche plus de 3 p. 100 de son revenu familial pour acheter des médicaments sur ordonnance; les promoteurs des régimes privés d'assurance-médicaments complémentaire existants devraient garantir qu'aucun participant n'aurait à payer de sa poche plus de 1 500 \$ par année; ainsi, les dépenses personnelles non remboursables seraient plafonnées à 3 p. 100 du revenu familial ou à 1 500 \$, selon le moins élevé des deux montants.</p> <p>Travailler en étroite collaboration avec les provinces et les territoires afin d'établir une liste nationale unique des médicaments admissibles.</p>	<p>Utiliser le nouveau Transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments pour réduire les disparités dans la couverture à l'échelle du pays.</p> <p>Rembourser aux gouvernements provinciaux 50 p. 100 des coûts des médicaments sur ordonnance prévus dans leur programme existant lorsque le seuil préétabli de 1 500 \$ par patient est atteint; accorder ce remboursement sous réserve que les gouvernements provinciaux utilisent les fonds transférés d'abord pour élargir leur programmes existants en matière de médicaments.</p> <p>Créer une nouvelle Agence canadienne du médicament qui travaillerait en collaboration avec les provinces et les territoires pour évaluer et approuver de nouveaux médicaments sur ordonnance, assurer l'évaluation continue des médicaments actuels, négocier et limiter les prix des médicaments et fournir des renseignements complets, objectifs et exacts aux professionnels de la santé et à la population; élaborer des normes pour la collecte et la diffusion de données sur les médicaments sur ordonnance afin d'en connaître l'utilisation et les résultats obtenus; créer une liste nationale des médicaments sur ordonnance inscrits en se fondant sur un processus transparent et responsable d'évaluation et d'établissement des priorités.</p>

D. Ressources humaines

Dans ce champ, les deux groupes utilisent des données analogues et partagent les mêmes préoccupations relativement à la répartition des médecins, aux obstacles à la pratique, à la formation au travail en équipe et, en général, à la nécessité d'un plan national global sur les professionnels de la santé. Cependant, le Comité sénatorial formule beaucoup plus de recommandations détaillées, fixant des objectifs en vue de contrer les pénuries de médecins et d'infirmières et précisant le coût du financement des places de formation. La Commission

royale fixe comme priorités l'accès des collectivités rurales et éloignées et les services de diagnostic de pointe, et elle adopte une approche différente pour le financement de l'éducation et de la formation au moyen des nouveaux fonds à court terme et du transfert à long terme proposé.

COMITÉ SÉNATORIAL	COMMISSION ROYALE
<p>Créer un Comité national permanent de coordination des ressources humaines de la santé pour surveiller les niveaux d'inscription des écoles de médecine et formuler des recommandations à l'intention du gouvernement fédéral.</p> <p>Verser 160 millions par année pour que les écoles de médecine canadiennes puissent recruter 2 500 étudiants de première année d'ici 2005, et contribuer à accroître le nombre de postes de médecins résidents afin d'atteindre un ratio de 120 pour 100 diplômés des écoles de médecine canadiennes.</p> <p>Verser 90 millions de dollars par année afin de permettre aux écoles d'infirmières du Canada de produire 12 000 diplômés d'ici 2008.</p> <p>Verser 40 millions de dollars par année, tirés des recettes supplémentaires recommandées, afin d'aider les provinces à accroître le nombre de diplômés des professions paramédicales chaque année.</p> <p>Prendre 75 millions de dollars par année dans les nouveaux fonds recommandés pour aider les centres universitaires des sciences de la santé à payer les coûts liés à l'accroissement du nombre de places de formation pour l'ensemble des professions de la santé.</p> <p>Travailler avec les provinces et les facultés de médecine et de sciences infirmières afin de financer des places à l'intention des étudiants d'origine autochtone et de faciliter le retour au Canada des professionnels de la santé canadiens travaillant à l'étranger.</p>	<p>Utiliser une partie du Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées, du Fonds des services diagnostiques, du Transfert en matière de soins primaires et du Transfert en matière de soins à domicile pour améliorer la disponibilité et la répartition des professionnels de la santé, encourager l'évolution de leurs champs et de leurs profils d'exercice et garantir l'utilisation la plus judicieuse possible de l'éventail des compétences professionnelles.</p> <p>Demander au Conseil de la santé du Canada :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de collecter, d'analyser et de diffuser régulièrement des données sur la main d'œuvre du secteur de la santé au Canada, y compris en ce qui concerne les questions cruciales liées au recrutement, à la répartition et à la rémunération des professionnels; • d'examiner les programmes d'études et de formation existants et de faire des recommandations aux provinces et territoires de façon à ce que les programmes d'études soient davantage intégrés pour mieux préparer les professionnels de la santé, en particulier au travail en milieu de soins de santé primaires; • d'élaborer un plan global visant à régler les problèmes touchant le nombre, la répartition, les études et la formation, la rémunération, les compétences et les profils d'exercice des professionnels canadiens de la santé.

E. Technologie

La Commission royale et le Comité sénatorial conviennent que sont essentiels l'accès aux technologies de la santé servant à l'établissement des diagnostics et aux traitements,

ainsi que le déploiement d'un système de dossiers de santé électronique pour aider à prendre les décisions et favoriser la reddition de comptes. Les deux groupes suggèrent de dégager des sommes précises pour acquérir et mettre en place de l'équipement technologique supplémentaire. La Commission royale recommande un fonds de 1,5 milliard de dollars étalé sur deux ans, pendant que le Comité sénatorial prône le versement d'une somme de 500 millions de dollars par année, sur une période de cinq ans, prélevée sur les investissements annuels supplémentaires proposés pour le gouvernement fédéral. Bien que les deux préconisent un rôle pour Inforoute Santé du Canada Inc. et demandent qu'on évalue son travail, le Comité sénatorial propose qu'on puise des sommes additionnelles dans les fonds fédéraux proposés afin de mettre au point un système national de dossiers de santé électronique.

COMITÉ SÉNATORIAL	COMMISSION ROYALE
<p>Verser aux hôpitaux une somme totale de 2,5 milliards de dollars sur cinq ans (ou 500 millions de dollars par année) aux hôpitaux pour l'achat et l'évaluation de technologies de la santé. De ce montant, 400 millions de dollars devraient être alloués annuellement aux centres universitaires des sciences de la santé, et 100 millions, aux hôpitaux communautaires. Le financement des hôpitaux communautaires devrait être partagé à parts égales avec les provinces, tandis que le financement des centres serait assuré intégralement par le gouvernement fédéral.</p> <p>Accorder un financement additionnel à Inforoute Santé du Canada Inc. de l'ordre de 2 milliards de dollars sur cinq ans, soit une enveloppe annuelle de 400 millions de dollars, pour lui permettre de créer, de concert avec les provinces et les territoires, un système national de dossiers de santé électronique.</p>	<p>Utiliser le nouveau Fonds des services diagnostiques pour améliorer l'accès aux services de diagnostic médicalement nécessaires.</p> <p>Faire prendre des mesures par le Conseil de la santé du Canada pour rationaliser l'évaluation de la technologie au Canada.</p> <p>Demander à Inforoute Santé du Canada Inc. de continuer de coordonner l'établissement d'un cadre national pour les dossiers de santé électroniques, à partir des systèmes provinciaux.</p> <p>Modifier le <i>Code criminel du Canada</i> de manière à protéger la vie privée des Canadiens et à éviter expressément l'utilisation abusive et malveillante de renseignements sur la santé d'une personne.</p>

F. Autres éléments

À plusieurs reprises, des questions qui intéressent plus particulièrement un groupe ne sont qu'effleurées par l'autre. Par exemple, alors que la Commission royale consacre une place non négligeable aux collectivités rurales et éloignées, à la santé chez les Autochtones et à la mondialisation, le Comité sénatorial a consacré des chapitres distincts à la restructuration des

hôpitaux et à la recherche en santé. En ce qui concerne la promotion de la santé et la prévention de la maladie, le Comité sénatorial souligne la nécessité d'une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques dotée d'un budget annuel de 125 millions de dollars et de stratégies permanentes et coordonnées d'amélioration de la santé de la population. La Commission royale aborde cette question dans sa discussion sur les soins primaires, sans l'approfondir et sans prévoir de fonds particuliers, tout en reconnaissant les coûts élevés liés aux problèmes de santé évitables.

L'IMPORTANCE DES DEUX RAPPORTS

Même si le système de santé du Canada a fait l'objet d'études en profondeur depuis plus de 50 ans, les deux rapports rendus publics en 2002 sont très utiles pour tracer la voie pour l'avenir. Ils paraissent à un moment où les Canadiens essaient de trouver des solutions aux grands problèmes d'orientation auxquels se heurte le système de soins de santé. Les deux rapports – celui découlant de la volonté du Sénat du Canada et celui résultant d'une intervention du premier ministre – répondent aux pressions et préoccupations d'un vaste éventail d'intéressés, y compris celles des différents ordres de gouvernement, des dispensateurs de soins de santé et du public. Les deux soulignent les inquiétudes accrues que soulèvent les soins de santé et la nécessité que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan pour produire un plan national.

Les deux enquêtes sont le reflet et l'expression des valeurs et des objectifs des Canadiens. Grâce à elles, un cadre est créé pour analyser de multiples problèmes. Elles ont servi à recueillir des renseignements, à informer le public, à exposer des points de vue divergents et, de manière générale, à sonder la population pour déterminer si elle souhaite voir des changements. Elles ont donné lieu à des idées opposées, comme celles portant sur le rôle du secteur public et celui du secteur privé, le bien-fondé de regrouper les médecins à l'intérieur de services multidisciplinaires plutôt que de les laisser exercer seuls, et la pertinence pour les Canadiens de participer activement à l'édification de leur propre système ou de demeurer passifs. Les deux soulignent les intérêts quelquefois divergents des provinces et d'autres intervenants, tout en précisant les compromis qui seraient nécessaires pour avancer dans une direction ou dans une autre.

LES PROCHAINES ÉTAPES

Ces rapports ne sont pas les seuls. Au cours de la dernière décennie, différentes enquêtes ont été réalisées aux niveaux fédéral et provincial pour sensibiliser l'opinion publique aux secteurs du système de soins de santé qui doivent être réformés et amener le déblocage des fonds publics nécessaires. À l'instar des études précédentes, ces rapports ne sont constitués que d'idées assorties de recommandations concrètes. Les changements proposés ne seront concrétisés que lorsque les multiples groupes d'intérêts et institutions qui composent le secteur des soins de santé travailleront ensemble. Toutefois, les deux rapports renferment un grand nombre d'observations semblables, et le recoupement de leurs recommandations pourrait favoriser la tendance à la concertation et à la coordination.

Dans la structure fédérale canadienne, ces rapports constituent la base d'une négociation au niveau supérieur. Une réunion des premiers ministres est prévue pour le début de l'année 2003, et le premier ministre et certains de ses homologues provinciaux ont déjà amorcé un débat public. La concrétisation de tout plan émanant de cette réunion passera par un engagement et une collaboration continus de la part de multiples acteurs, notamment les gouvernements, les dispensateurs de soins de santé et les citoyens.